

Aus der 1. Universitäts-Frauenklinik der Universität München
Direktor Prof. Dr. Zander

10 Jahre Schwangerenberatung an der 1. Universitäts- Frauenklinik München zwischen 1963 bis 1972

Abhängigkeit der perinatalen Letalität von der
Schwangerenberatung und der sozio-ökonomischen
Struktur der Schwangeren

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin an der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

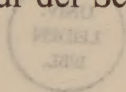
vorgelegt von
Ulrich Kunze
aus Amberg

1976

Aus der 1. Universitäts-Frauenklinik der Universität München
Direktor Prof. Dr. Zander

10 Jahre Schwangerenberatung an der 1. Universitäts- Frauenklinik München zwischen 1963 bis 1972

Abhängigkeit der perinatalen Letalität von der
Schwangerenberatung und der sozio-ökonomischen
Struktur der Schwangeren



Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin an der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Ulrich Kunze
aus Amberg

1976



Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität München

Berichterstatter : Priv. Dozent Dr. H. Lochmüller
Mitberichterstatter : Prof. Dr. Zander
Dekan : Prof. Dr. Wolfgang Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 21.12.1976

Meiner Frau Christa

und

meinen Töchtern Katrin und Christine
gewidmet.

I N H A L T S Ü B E R S I C H T

	<u>Seite</u>
I. EINLEITUNG	1
Tabellen 1 bis 5	7
II. TEIL 1. 1963/64	17
VERHÄLTNIS DER PERINATALEN LETALITÄT, FRÜH- GEBURTENHÄUFIGKEIT, INTRAUTERINER FRUCHTTOD, GEBURTEN ÜBER 2500 GR ZUR SCHWANGERENBERA- TUNG VERSCHIEDENER SOZIOÖKONOMISCHER SCHICH- TEN	
1. Allgemeinpatientinnen	
2. Privatpatientinnen	
3. Parität	
4. Legitimität	
5. Alter der Frau	
6. Berufstätigkeit	
Erläuterungen der Tabellen 8 bis 27	22
TEIL 2. 1972	33
VERHÄLTNIS DER PERINATALEN LETALITÄT, FRÜH- GEBURTENHÄUFIGKEIT, INTRAUTERINER FRUCHTTOD, GEBURTEN ÜBER 2500 GR ZUR SCHWANGERENBERA- TUNG VERSCHIEDENER SOZIOÖKONOMISCHER SCHICH- TEN	
1. Allgemeinpatientinnen	
2. Privatpatientinnen	
3. Parität	
4. Legitimität	
5. Alter der Frau	
6. Nationalität / deutsche Frauen - Gast- arbeiterinnen	
Tabelle A - D	39
Erläuterung der Tabellen 28 bis 69	38

	<u>Seite</u>
III. VERGLEICH DER ERGEBNISSE VON TEIL II/1. (1963/64) und TEIL II/2. (1972)	
Tabellen E bis H	76
Tabellen 70 bis 81	206
IV. DISKUSSION	81
Tabellen 6 + 7	82
Tabellen 82 bis 90	225
V. ZUSAMMENFASSUNG	116
VI. LITERATURANGABEN	238
ANHANG	245

I EINLEITUNG

Der Gedanke der systematischen ärztlichen Schwangerenberatung entstand aus der Erkenntnis, daß lebensbedrohliche mütterliche Erkrankungen in der Schwangerschaft oder unter der Geburt nicht plötzlich entstehen. Sie durchlaufen meist erkennbare Vorstadien und können wirkungsvoll behandelt werden. Schon vor 100 Jahren wurde der Wert der Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung der Toxikose in der Schwangerenklinik in Dublin erkannt (C.J. Ruck/W. Jungnickel, 1954). Im Jahre 1901 bat Ballatyne in Edinburgh um ein vorgeburtliches Krankenhaus, wobei die vorgeburtlichen Betten im Verhältnis 1:1 zu den geburtshilflichen Betten stehen sollten. Seit 1917 wird auch in Deutschland immer wieder auf die Bedeutung der ärztlichen Beratung der werdenden Mutter hingewiesen. Lönne (1917) hat sich in einer Kampfschrift für eine ausgiebige Schwangerenfürsorge in Schwangerenberatungsstellen eingesetzt. Der Gedanke wurde im Laufe der Jahre von vielen namhaften Geburtshelfern aufgegriffen und propagiert. G. Döderlein (1941 u. 1942) hat zwischen Schwangerenfürsorge als der sozialen Betreuung und der Schwangerenfürsorge als der somatischen ärztlichen Betreuung der Frau unterschieden. Obwohl es Lönne und Döderlein bei ihren Hinweisen auf die Verbesserung der Schwangerenvorsorge um die Verbesserung der Vorsorge bei Toxikosen ging, gelten diese Aufforderungen doch für die gesamte Schwangerenberatung. 1948 errichtete Trapl in Prag an der III. Universitätsfrauenklinik Prag eine Klinik, die Schwangerenvorsorge, Geburtshilfe und Neonatologie zu einer Einheit zusammenfaßte. Bickenbach erhielt 1944 den Auftrag, sich um die Neugeborenen zu kümmern, anläßlich der Übernahme seines Ordinariats in München. Er prägte später die Begriffe "Risikoschwangerschaft" und "Risikogeburt". 1941 schuf Pfaundler den Begriff "perinatale Sterblichkeit". Wohl die umfassendste Analyse der perinatalen Mortalität stammt aus England und wurde 1963 von Butler und Bonham publiziert. Die

Erkenntnis, daß die perinatale Mortalität zahlreiche Teilursachen hat, führte zu einer vermehrten Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Fachgebiete. Diese Entwicklung erreichte ihren vorläufigen Höhepunkt in der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, die sich im Jahre 1966 in Berlin konstituierte. Sie war die erste ihrer Art in der Welt und zählt schon zu ihren Gründungsmitgliedern Geburtshelfer, Pädiater, Anästhesisten, Physiologen und Veterinärmediziner. Es war besonders das Verdienst von Prof. E. Saling, daß diese Gesellschaft zustande kam und ihm verdankt die perinatale Medizin wesentliche Impulse.

Besondere Aktualität gewann das Problem der Schwangerenvorsorge in den Jahren zwischen 1960 und 1970 durch die alarmierende Feststellung der Statistiker, daß die Müttersterblichkeit und perinatale Kindersterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zu anderen Kulturstaatn verhältnismäßig hoch liegt. Es wurde herausgestellt, daß für diese Entwicklung vielseitige Gründe maßgebend sind:

Einmal ist die ärztliche Schwangerenberatung in der Bundesrepublik Deutschland völlig ungenügend. Zum anderen mußte man wohl auch bekennen, daß nicht selten der notwendige geburtshilfliche Leistungsstandard einer Entbindungsabteilung zu wünschen übrigließ. Der wichtigste Grund für die bestehenden Mängel war ohne Zweifel, die ungenügende Aufklärung der Bevölkerung auf dem Gebiet der Physiologie und Pathologie der Fortpflanzung. Nur so war die mangelnde Tendenz der sich gesund fühlenden Schwangeren zur ärztlichen Kontrolluntersuchung zu verstehen. Ein anderer Grund war die Unkenntnis vieler Ärzte über die Erfordernisse der Schwangerenberatung. Bis zum 31.12.1965 hatte die Ablehnung der Bezahlung prophylaktischer Untersuchungen durch die Krankenkassen zu dem schlechten Stand der Schwangerenberatung beigetragen, denn bis 1965 war die ärztliche Schwangerenbera-

tung an den Idealismus freipraktizierender Ärzte und Geburtshelfer sowie an die von den Städten und Ländern unterhaltenen Beratungsstellen gebunden. Wichtige serologische Untersuchungen konnten nur über Sonderfonds abgerechnet werden. Nach § 195 a RVO waren nach geltendem Recht die Krankenkassen nur zur Krankenhilfe verpflichtet und ärztliche Behandlung wurde nur bei Schwangerschaftsbeschwerden gewährt. Die normale Schwangerschaft galt nicht als Krankheit im Sinne der RVO. Die Regierung des Landes Nordrhein-Westfalen förderte im Jahre 1958 die Intensivierung der Schwangerenvorsorge dadurch, daß sie ein Zweijahresprogramm Schwangerenvorsorge mit dem Mutterpaß einrichtete (Berghoff/Küper). Hüter stellte 1964 fest, daß unter 2000 untersuchten Wöchnerinnen im Raum Düsseldorf nur bei 0.7% aller ärztlich untersuchten Frauen eine optimale Schwangerenberatung durchgeführt wurde. Bei weniger strengen Maßstäben an die Qualität der ärztlichen Beratung waren 1960 bis 1964 nur 15-20 % der Schwangeren ausreichend betreut. Erst nach vielen Diskussionen über die Möglichkeit der Verbesserung der Schwangerenvorsorge angesichts der hohen Müttersterblichkeit und perinatalen Sterblichkeit im Vergleich zu anderen Ländern kam es zum Beschluß des Bundestages vom 23.6.1965, nach dem die Versicherte während der Schwangerschaft und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe hat. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen legte danach Richtlinien für die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung vor. Diese Richtlinien traten am 1.1.1966 in Kraft. Damit war in der Bundesrepublik Deutschland ein wichtiges Gebiet präventiver Medizin kostenpflichtig geworden. Die weitere Entwicklung der perinatalen Medizin und die Erkenntnis, daß zur Schwangerenvorsorge, insbesondere der Risikofälle, weitergehende Untersuchungen gehören wie Ultraschall, CTG, Amnioskopie und Amniozentese führten dazu, daß am 7.10.1971 die 2. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärzt-

liche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschaftsrichtlinien) bekanntgegeben wurden. Am 1.5.1975 wurden die 3. Mutterschaftsrichtlinien herausgegeben. Diese beinhalten vor allem Verbesserungen der kassenärztlichen Leistung bezüglich der apparativen Leistung.

Bezüglich der Zahl der Untersuchungen, die eine ausreichende Schwangerenvorsorge gewähren, muß die Schwangerenvorsorge in den Ländern beschrieben werden, die seit vielen Jahren gesetzlich vorgeschriebene Schwangerenvorsorge betreiben und damit sehr guten Erfolg hatten.

In Frankreich wurde 1945 ein Gesetz zum Schutze von Mutter und Kind erlassen, danach waren alle Frauen sozialversichert, ärztliche Untersuchungen waren obligat. Es bestand eine Mutterschaftsversicherung, die von Sach- und Geldleistungen befreite, die aber besonders soziale und erzieherische Aufgaben hatte. Vom Gesetzgeber vorgesehene Prämien sollten die Mütter erziehen, den von den Kassen vorgeschriebenen gesundheitsfördernden Maßnahmen Folge zu leisten. Die obligaten ärztlichen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bestanden aus 4 Untersuchungen in der Schwangerschaft und einer Untersuchung postpartum. Durchgeführt wurden sie vom Arzt oder von Schwangerschaftsberatungszentren. Die Schwangeren waren verpflichtet die Schwangerenberatung aufzusuchen, taten sie es nicht, wurden die pränatalen Beihilfen und das Kindergeld nicht ausbezahlt. Obwohl nur 5 Untersuchungen obligat waren, wurden meistens 10 Untersuchungen durchgeführt, Risikofälle wurden hochspezialisierten Kliniken zugewiesen.

In England wurden bereits 1969 10 bis 14 Untersuchungen durchgeführt, bei Risikofällen wesentlich mehr. Es wurde eine strenge Aussonderung von Risikofällen durchgeführt. Bei diesen Risikofällen wurden meistens wöchentliche Schwangerenvorsorgeuntersuchungen durchgeführt, meistens vom gleichen Geburtshelfer.

1937 wurde in Schweden die kostenlose Mutter- und Kindervorsorge eingerichtet, 1964 wurde die Intensivbehandlung der Risikoneugeborenen eingeführt. Normalerweise werden die Schwangeren dreimal vom Arzt untersucht, erstmalig im 1. Trimenon. Zwischen den Arztbesuchen gehen die Schwangeren alle 14 Tage zur Vorsorgestation und werden von Hebammen im Hinblick auf Gewicht, Blutdruck, Hämoglobin und Eiweiß untersucht. In den letzten 6 Wochen sind die Untersuchungen wöchentlich. Die Frauen erhalten kostenlos Eisen, Kalk, zahnärztliche Pflege. In Schweden sind alle Frauen überwacht. Die vornehmliche Aufgabe der Schwangerenvorsorge in Schweden besteht darin, Risikofälle früh zu erkennen und in die Krankenhäuser einzuweisen. Schwangere mit Diabetes werden in Schweden während eines Drittels der Schwangerschaft hospitalisiert, großer Wert wird auf die Frühdiagnose gelegt, großzügige Krankenhausaufnahme (Hospitalisierung) wird durchgeführt. Schwangerenvorsorge spielt in Schweden eine sehr große Rolle. Hebammen und in Ambulatorien arbeitende Ärzte stehen in kontinuierlichem Kontakt mit den geburtshilflichen Krankenhäusern und haben Instruktionen, die Risikofälle an Spezialisten zu überweisen. Die geburtshilflichen Kliniken sind Zentrale für Betreuung von Risikofällen in der Schwangerschaft.

Faßt man die Quantität der Schwangerenuntersuchungen in den einzelnen Ländern zusammen, so stellt man folgendes fest:

Gefordert werden in der BRD 10 Routineuntersuchungen, in England 14, in Holland 13 bis 14, in Schweden 20 Untersuchungen, in Frankreich 4 Untersuchungen zur Erlangung der staatlichen Subventionen, gefordert jedoch 14 Untersuchungen. Zwischen der geforderten und tatsächlichen Untersuchungsfrequenz bestehen mit Ausnahme von Schweden in allen Ländern Unterschiede.

Tatsächlich durchgeführte Untersuchungen in den einzelnen Ländern:

BRD 5 bis 6 (Krone, Bamberg),

England 8 bis 10

Holland 10

Frankreich 6 bis 7

Über Stand und Standard sowie die Diskrepanz zwischen geforderten (gezahlten) und durchgeführten Vorsorgeuntersuchung gaben K.A. Hüter (1969) und Krone (1972) Auskunft. Es wurde festgestellt, daß zwischen 1964 und 1968, also vor und nach den neu eingeführten Mutterschaftsrichtlinien, der Prozentsatz der durch 10 Untersuchungen und mehr optimal betreuten Schwangeren mit 2,7 % gleich niedrig war. Ebenfalls stellte man beispielsweise fest, daß in den Jahren 1965 bis 1967, also nach den Mutterschaftsrichtlinien, die Müttersterblichkeit auf 100 000 Lebendgeborene in Schweden 13 und in der BRD 64 betrug, während die kindliche perinatale Letalität im gleichen Zeitraum in Schweden bei 2,0 und 1,8 % und in der BRD bei 3,0 und 2,8 % lag. Die Ursachen hierfür sind sicher multifaktoriell, es dürften aber auch Anzahl und Qualität der Vorsorgeuntersuchungen eine Rolle spielen. - siehe hierzu Tabelle 1: Perinatale Letalität und Totgeborenenhäufigkeit in 23 europäischen Staaten sowie USA und Japan zwischen 1970 und 1972.

Tabelle 1

PERINATALE LETALITÄT UND TOTGEBORENENHÄUFIGKEIT
IN 23 EUROPÄISCHEN STAATEN SOWIE USA UND JAPAN
1970 / 1971 / 1972

(bezogen auf 1 000 Tot- und Lebendgeborene)

Staat	Jahr	Totgeburten + im Alter bis 7 Tage gestorbene Kinder	Totgeborene
Schweden	1972	14,3	6,8
Niederlande	1972	16,6	9,2
Japan	1971	19,7	13,6
Finnland	1971	16,5	7,7
Norwegen	1971	17,7	9,4
Schweiz	1972	16,2	8,6
Dänemark	1971	17,4	8,2
Frankreich	1971	19,5	12,9 (Foetaltod ab 26.SSW)
England + Wales	1972	21,7	12,0
DDR	1971	20,4	9,8
Irland	1971	22,8	12,9
Schottland	1972	23,7	13,2
USA	1970	27,4	14,0 (Foetaltod ab 20.SSW)
Nordirland	1972	26,0	24,3
Belgien	1970	21,9	9,8
CSSR	1971	19,5	6,8
BRD	1972	23,9	9,3
Österreich	1972	25,9	9,6
Griechenland	1971	27,9	13,4
Polen	1971	22,5	9,5
Italien	1970	31,1	15,3 (Foetaltod ab 26.SSW)
Ungarn	1972	33,1	9,2
Rumänien	1972	19,1	10,9
Portugal	1972	34,5	20,6
Jugoslawien	1971	23,4	8,4

Tabelle 2 bietet eine schematische Darstellung der in Nachbarländern geforderten und in der Bundesrepublik nach den Mutterschaftsrichtlinien in der Neufassung vom 7.10.1971 möglichen sowie der von Saling (1971) vorgeschlagenen Schwangerenvorsorgeuntersuchung. Nach Saling müssen 15 Vorsorgeuntersuchungen gefordert werden, und zwar die erste Untersuchung nach 1. oder 2. Ausbleiben der Periode, 1. bis 4. Monat 4-wöchentlich, 5. bis 7. Monat 3-wöchentlich, 8. bis 9. Monat 2-mal wöchentlich, 10. Monat einmal/Woche. Jede quantitativ ausreichende Vorsorgeuntersuchung muß jedoch nutzlos sein, wenn sie nicht auch den qualitativen Anforderungen entspricht.

Die Aufgaben der Schwangerenvorsorge sind nach Martius

- 1.) physische und psychische Betreuung der Schwangeren,
- 2.) Erkennung von Regelwidrigkeiten in der Schwangerschaft,
- 3.) Erkennung von zu erwartenden geburtshilflichen Regelwidrigkeiten,
- 4.) Erkennung von Risikofällen,
- 5.) Bestimmung des Geburtstermins,
- 6.) Beratung der Schwangeren,
- 7.) psychoprophylaktische Geburtsvorbereitung.

Nach K.A. Hüter lassen sich die Ziele der Schwangerenvorsorge wie folgt definieren:

- 1.) Aufklärung, Führung und regelmäßige Untersuchungen im Rahmen der Routinevorsorge, um potentielle Risiken von vornherein zu vermeiden,
- 2.) frühzeitige Erkennung der Risikofälle, um diese der Intensivvorsorge (Risikovorsorge) zuzuführen,
- 3.) Endziel der vorgenannten Maßnahmen ist eine Senkung
 - a) der im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auftretenden Sterblichkeit der Mütter,
 - b) der perinatalen Mortalität der Kinder,
 - c) der Frühgeburtenquote,
 - d) der perinatalen Morbidität der Kinder, insbesondere eine Verringerung frühkindlicher Hirnschäden. Ihr wird humanitär und sozial eine zumindest ebenso große Bedeutung beigemessen wie der Mortalitätssenkung.

Bestimmte biologische Gegebenheiten und Regelwidrigkeiten des mütterlichen Organismus in der Schwangerschaft gehen wie niedriger sozioökonomischer Status und unzureichende Schwangerenvorsorge einher mit einer erhöhten perinatalen Mortalität und Morbidität. Es lassen sich folglich durch die Routinevorsorge anamnestisch und im Verlauf der Schwangerschaft erhöht gefährdete Schwangere selektieren. Sie müssen einer besonders intensiven Über-

wachung und Betreuung zugeführt werden.

Es wurde festgestellt, daß weit über 90% aller Mütter, deren Kinder perinatal verstarben, bereits in der Schwangerschaft Hinweise auf eine erhöhte Gefährdung des Feten zeigten (Wulf 1968, Pakzad und Saling 1969, Saling 1970, Wagner u. Saling 1971, Wolfart u. Rindt 1972, Hickl 1972).

Bei 30 bis 50 % aller Schwangeren bestehen ein oder mehrere Risiken. Diese Feststellungen führten dazu, daß verschiedene Zusammenstellungen solcher Risikofälle vorgelegt wurden. Sie unterschieden sich nicht wesentlich voneinander (Saling 1967, Döring 1967, Stoll 1967, 1970, Ewerbeck u. K.A. Hüter 1969, Hickl u. Mitarb. 1969, K.A. Hüter 1970, Dudenhausen u. Saling 1970, Pschyrembel u. Dudenhausen 1972, Berg 1972, 1976, Stark 1972). Diese Zusammenstellungen wurden im allgemeinen getrennt nach pathologischer Anamnese, krankhaftem Erstbefund und/oder pathologischem Schwangerschaftsverlauf sowie regelwidrigem Geburtsbeginn und/oder Geburtsverlauf. Für den Erhebungsbogen, der 1972 durch Priv. Dozent Dr. Lochmüller im Auftrag der Perinatalen Arbeitsgemeinschaft München erstellt wurde, wurde der Risikokatalog nach Hickl (1972) verwendet.

Die wichtigsten Risikofaktoren in der Schwangerschaft sind in Tabelle 3 zusammengestellt (nach Albrecht u. Mitarb., Hickl u. Mitarb., Hobel u. Mitarb., Wulf u. Mitarb.).

Tabelle 3

A) Nach Befund

1. EPH-Gestose
2. Blutungen in der Spätschwangerschaft
3. Diabetes mellitus
4. Blutgruppeninkompatibilität
5. Mehrlinge bzw. pathologische Kindslagen
6. Cervixinsuffizienz

B) Nach Anamnese

1. Intrauteriner Fruchttod i.d.A.
2. Postpartum totes oder geschädigtes Kind i.d.A.
3. Frühgeburt i.d.A.
4. Zustand nach Uterus-Op. (z.B. Fehlbildungen)
5. Mehrgebärende über 40 Jahre
6. Multiparae (üb.4 Kinder)

Intensivvorsorge bedeutet Erhöhung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen, Steigerung der Qualität durch einen besseren Ausbildungsstand der beteiligten Ärzte und Einsatz sämtlicher Überwachungsmethoden sowie die Möglichkeit zur praepartalen Hospitalisierung der gefährdeten Schwangeren. Bei der Überwachung der Risikoschwangerschaft muß an die Methoden im Routineeinsatz ein strenger Maßstab gelegt werden. Folgende Forderungen müssen gestellt werden:

1. Klar definierte Methodik, möglichst einfache Anwendbarkeit, unmißverständliche Aussage.
2. Rechtzeitiger Hinweis auf eine Gefährdung des Feten.
3. Hinweis auf den optimalen Termin für die Schwangerschaftsbeendigung. (Hickl 1974)

Einen Überblick über klinisch bewährte Überwachungsmethoden der Risikoschwangerschaft gibt Tabelle 4 (nach Hickl).

A. Fet direkt:	D. Mütterliches Blut:
Kardiotokographie	Oestrogene (Oestriol i. Serum)
Ultraschallanalyse	HCG
B. Placenta:	HPL
Ultraschallanalyse	HCS
Szintigraphie	HbF
C. Fruchtwasser:	E. Mütterlicher Urin:
Spectrophotometrie	Oestrogene i. 24-Std.-Urin (Oestriol)
Amnioskopie	HCG
Phospholipide (Lecithin/Sphingomyelin)	
Genetische Analyse	

Für die gezielte Überwachung der Risikoschwangerschaften wird man immer im Einzelfall entscheiden müssen, welche Verfahren man wählt - siehe dazu Tabelle 5. Gezielte Überwachung der Risikoschwangerschaft nach Hickl 1974.

Tabelle 5

GEZIELTE ÜBERWACHUNG DER RISOKOSCHWANGERSCHAFT

Diagnose	Überwachung
Schwere EPH-Gestose, Diabetes mellitus, schwere anamnestische Belastung	Spätestens ab 32. Woche: HPL/HCS Oestrogene und/oder CTG (mindestens wöchentlich), Ultraschallkephalometrie (+ Kindslage und Plazentasitz), Belastungs-CTG u. Amnioskopie vor Termin. Bei Indikationen zur Schwangerschaftsbeendigung vor 37. Woche: L/S-Ratio im Fruchtwasser, Schüttelprobe
Blutungen in der Spätschwangerschaft	Plazentalokalisation (Ultraschall, wenn unklar Szintigraphie), Kindslage und -größe (Ultraschall) ab 34. Woche. Vaginalblut auf HbF-Zellen. CTG je nach Befund
Rh-Inkompatibilität	Fruchtwasser-Spektrophotometrie (vor Punktion Kindslage und -größe (Ultraschall). Plazentalokalisation (evtl. Szintigraphie). Nach Punktion CTG-Überwachung. Evtl. aspiriertes Blut: HbF.
Drohende Frühgeburt Mehrlinge	Ultraschallanalyse (Kindslage, -größe, Plazentasitz). Nach Befund Cerclage bzw. Tokolyse. Frühzeitige Hospitalisierung.
"Übertragung"	Ultraschallmessung von Fet und Plazenta. Wenn keine Geburtsbereitschaft: CTG, Amnioskopie, evtl. Oestrogene, OBT. Reifebestimmung durch Fetal-EKG. Ab 41. Woche Kontrollen alle 48 h.
Verdacht auf genetische Defekte	Amnionpunktion 15. - 20. Woche. Kernmorphologische Geschlechtsbestimmung, Chromosomenaberrationen.

Besonders für kleinere geburtshilfliche Häuser, denen nicht alle Überwachungsverfahren zur Verfügung stehen, ist folgende Reihenfolge der Überwachungsmethoden empfehlenswert:

1. Cardiotokographie
2. Ultraschallanalyse
3. Oestrogenbestimmung
4. Fruchtwasseranalyse.

Mit diesen 4 Überwachungsmethoden ist die Überwachung des überwiegenden Teiles aller Risikoschwangerschaften möglich.

Nach Döring (1965) lagen die Ursachen dafür, daß die Schwangerenbetreuung in der BRD nicht befriedigend funktioniert, in folgenden 5 Punkten:

1. Die in unserem Lande verhältnismäßig schlechte Aufklärung der Bevölkerung auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge, speziell auf dem Gebiete der Physiologie und Pathologie der Fortpflanzung.
2. In der unbefriedigenden kassentechnischen Regelung der prophylaktischen ärztlichen Untersuchungen in der Schwangerschaft.
3. In dem fehlenden Anreiz zur Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen, z.B. durch Koppelung finanzieller Beihilfen an den Nachweis regelmäßiger ärztlicher Schwangerenkontrollen wie in Frankreich.
4. In dem Verbot von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen in geburtshilflichen Fachabteilungen und nichtakademischen Frauenkliniken.
5. In der Unterlassung wichtiger Untersuchungen anlässlich der Schwangerschaftsbetreuung seitens des Arztes.

10 Jahre danach hat sich nur Ursache 2. positiv geändert, die übrigen 4 Ursachen bestehen mehr oder weniger auch im Jahre 1975 noch. Nach Butler und Bonham (1963) sind die Ergebnisse der Schwangerenbetreuung besonders schlecht, abgelesen an der perinatalen Letalität, wenn die ärztliche Kontrolle in der Schwangerschaft und die

Entbindung an verschiedenen Stellen stattfinden. In Deutschland steht es mit der Kontinuität der Schwangerenbetreuung besonders schlecht.

DEFINITION DER PERINATALEN LETALITÄT, DER LEBENDGEBURT UND DER TOTGEBURT.

Auf die gravierenden Unterschiede der Definitionen der perinatalen Letalität, der Lebendgeburt und der Totgeburt wiesen H. Genz und W. Meier u.a. hin. In der Bundesrepublik gilt ein Kind als lebendgeboren nach dem Personenstandsgesetz vom 12. August 1957, § 29 Abs. 1, wenn es atmet, Herzschläge oder auch Nabelschnurpulsation aufweist. Nach den Richtlinien der WHO treten zu den in der Bundesrepublik Deutschland notwendigen Lebensmerkmalen noch Bewegungen willkürlicher Muskel hinzu. In Österreich wird nur die natürliche Lungenatmung vorausgesetzt, in der Schweiz die natürliche Lungenatmung oder auftretende Herzschläge.

Als Totgeburt gilt in der BRD ein Kind nach § 29 Abs.2 des Personenstandsgesetzes, wenn sich keines der in Abs. 1 erwähnten Merkmale des Lebens zeigt und die Frucht mindestens 35 cm lang ist. Ist das abgestorbene Kind unter 35 cm lang, gilt es als Fehlgeburt. Die Definition der Totgeburt weicht allerdings in den meisten Staaten von der deutschen ab. Während sie sich in der BRD auf die Körperlänge des Foeten (35 cm) stützt, orientiert sie sich in anderen europäischen Ländern, außer Österreich (33 cm) und Schweiz (30 cm), an der Schwangerschaftsdauer (mindestens 28 Wochen). In den USA gilt eine Grenze von mindestens 20, in Italien und Frankreich von mindestens 26 Schwangerschaftswochen. Die perinatale und auch die Säuglingssterblichkeit können künftig international wahrscheinlich auf einer etwas zuverlässigeren Basis verglichen werden, wenn die Mitgliedsstaaten die jüngsten Empfehlungen der

Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Perinatalstatistik verwirklicht haben werden. Das WHO-Expertenkomitee "Medizinalstatistik" hat im Juni 74 in Genf u.a. folgendes empfohlen:

Mortalitätsstatistiken für internationale Vergleichszwecke sollen nur solche Geborene einschließen, deren Geburtsgewicht 1 000 gr oder mehr beträgt. Die Perinatalperiode beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem der Foetus das Gewicht von 1 000 gr erreicht hat (gleichzusetzen der 28. Schwangerschaftswoche) und reicht bis zum vollendeten 7. Lebenstag (168 Lebensstunden). Die perinatale Sterblichkeit wird definiert als die Anzahl der Totgeborenen und Frühsterbefälle pro 1 000 Geburten insgesamt in einem bestimmten Zeitraum. Die Berechnung dieser Ziffern zum internationalen Vergleich erfordert die Einbeziehung von Geborenen mit einem Geburtsgewicht von 1 000 gr und darüber. Wenn das Geburtsgewicht eines Foetus oder Kindes nicht bekannt ist, sollte eine Schwangerschaftsdauer von 28 Wochen dem Geburtsgewicht von 1 000 gr entsprechen. Wenn weder das Geburtsgewicht noch die Schwangerschaftsdauer bekannt sind, sollte eine Körperlänge (Scheitel/Fersenlänge) von 35 cm zum Geburtszeitpunkt einem Geburtsgewicht von 1 000 gr entsprechen.

Als hauptsächliche Neuerung würde diese Regelung für die Bundesrepublik mit sich bringen, daß lebendgeborene und gestorbene Säuglinge, die bei der Geburt weniger als 1 000 gr gewogen haben, nicht in die Sterblichkeitsstatistiken einzubeziehen sind. 1972 hatten immerhin rund 2 200 der 15 900 gestorbenen Säuglinge ein Geburtsgewicht von weniger als 1 000 gr. Werden sie außer acht gelassen, errechnet sich eine Säuglingssterblichkeit von 19,6 auf 1 000 Lebendgeborene im Vergleich zu 22,7 % insgesamt.

Da aus anderen Staaten bisher kaum nach dem Geburtsgewicht gegliederte Mortalitätsstatistiken veröffentlicht

wurden, ist nicht genau nachzuprüfen, ob und gegebenenfalls wo schon jetzt die 1 000 gr-Grenze berücksichtigt wird. Lediglich für Dänemark ist bekannt, daß dort mit weniger als 1000 gr Geburtsgewicht Geborene nicht in die Säuglings- und perinatale Sterblichkeit einbezogen werden. Andere, insbesondere skandinavische Staaten, dürften sich dieser Praxis angeschlossen haben.

II VERHÄLTNIS DER PERINATALEN LETALITÄT ZUR SCHWANG- GERENBERATUNG, ZUR ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER UND NATIONALITÄT IN DEN JAHREN 1963/64 UND 1972

Statistischer Vergleich

Beziehung der Geburten über 2500 gr, des intrauterinen Fruchttodes, der Frühgeburten unter 1000 gr, der Geburten zwischen 1000 und 2500 gr zur Anzahl der Schwangerschaften, Familienstand, Nationalität, Alter der Schwangeren und zur P.L.

Methodik:

Die Arbeit gliedert sich in 6 Teile.

- 1.) Einleitung
- 2.) Untersuchung der Geburtenjahrgänge 1963/64
- 3.) Untersuchung des Geburtenjahrgangs 1972
- 4.) Vergleich der Jahrgänge 1963/64 und 1972
- 5.) Diskussion
- 6.) Zusammenfassung

Methodik Teil 1

Alle Geburtsjournale der Jahre 1963/64 wurden auf den Umfang der Schwangerenberatung der in der 1. Universitätsfrauenklinik München niedergekommenen Frauen untersucht unter Berücksichtigung der jeweiligen Anzahl der Schwangerschaften, des Familienstandes, Berufstätigkeit der Frau und des Alters. Die Qualität der Schwangerenberatung ließ sich nur aus den Geburtsjournalen der Frauen ersehen, die in der Poliklinik der 1. Frauenklinik zur Beratung waren, da auf einer Ambulanzkarte die Anzahl und Qualität der Schwangerenvorsorgeuntersuchung dokumentiert wurde. Dagegen konnte aus den Geburtsjournalen der Frauen, die nicht in der Poliklinik

zur Beratung waren, lediglich die Quantität und der Ort der Beratung entnommen werden. Zahl und Ort der Schwangerenberatung wurden wie folgt erfaßt:

- a) keine Beratung
- b) 1 - 3mal zur Beratung in der Poliklinik der
1. Frauenklinik
- c) 4mal und öfters zur Beratung in der Poliklinik der
1. Frauenklinik
- d) 1 - 3mal außerhalb zur Beratung (Facharzt, Hausarzt,
Hebamme)
- 3) 4mal und öfters außerhalb der Beratung
- f) außerhalb und in der Poliklinik zur Beratung.

Die perinatalen Todesfälle wurden mittels eines Fragebogens untersucht auf das Verhältnis der Schwangerenberatung zu intrauterinem Fruchttod, Frühgeburt, Geburtsgewicht über 2500 gr sowie zum Alter der Schwangeren, Legitimität und der Berufstätigkeit der Frau. Abschließend wurden die perinatalen Todesfälle auf ihre Ursache untersucht und in

- 1.) unbeherrschbare Todesfälle
- 2.) geburtshilfliche Todesfälle
- 3.) pädiatrische Todesfälle

unterteilt und ins Verhältnis zur Anzahl der Schwangerenberatung gebracht.

Methodik Teil 2.)

Alle Geburtsjournale 1972 werden auf einem von Herrn Privatdozent Dr. Lochmüller angefertigten Erhebungsbogen erfaßt. Der Erhebungsbogen besteht aus einem mütterlichen und einem kindlichen Teil. Der mütterliche Teil erfaßt 60 Daten, der kindliche Teil 42. Daten. Es werden alle wichtigen Angaben über Sozialstatus, Parität, Nationalität, Schwangerenvorsorge, Mutterpaß, Risikogravidität, Geburtsverlauf, Risiko-

geburt, Plazenta, Abschlußbefund der Mutter sowie alle wichtigen Daten über den Zustand und Verlauf der ersten 7 Lebenstage des Neugeborenen erfaßt. Die insgesamt 102 Daten wurden auf 2 Lochkarten für Mutter und Kind übertragen. Die vorläufige Gesamtübersicht erfolgte durch Mitarbeiter der Firma IBM in Würzburg. Durch Herrn Gerd Rinder, München wurde ein Programm entwickelt, das folgende Punkte umfaßt:

1. Familienstand der Frau
2. Primiparae und Multiparae
3. Alter der Frau (unter 15 Jahre, 15 - 25 Jahre, 26 - 30 Jahre, über 30 Jahre)
4. Nationalität (deutsche Frauen und Gastarbeiterinnen).

Diese vorgenannten Kriterien wurden ins Verhältnis gesetzt

I.) zur Zahl der Schwangerenberatung:

- a) ohne Beratung
- b) 1 bis 3mal in der Poliklinik der 1. Universitäts-frauenklinik München zur Beratung
- c) 4mal und mehr in der Poliklinik zur Beratung
- d) 1 bis 3mal außerhalb zur Beratung (Facharzt, Hausarzt, Hebamme)
- e) 4mal und mehr außerhalb zur Beratung
- f) Poliklinik und außerhalb zur Beratung.

II.) zu

- a) Geburten über 2500 gr
- b) Frühgeburten unter 1000 gr
- c) Frühgeburten zwischen 1000 und 2500 gr
- d) intrauterinem Fruchttod.

Dazu wurde jeweils die perinatale Letalität ermittelt.

Dieses Programm wurde im elektronischen Rechenzentrum der Firma Heilmann und Lithmann, München bearbeitet und aufgeschlüsselt. Die aufgeschlüsselten Daten wurden

in Tabellen erfaßt, die denen vom Teil 1.) im wesentlichen entsprechen.

Die perinatalen Todesfälle werden wie im Teil 1.) auf ihre Ursache untersucht und ins Verhältnis zur Anzahl der Schwangerenberatung gebracht.

In Teil 1.) und Teil 2.) wurden die Angaben über Allgemeinpatientinnen und Privatpatientinnen getrennt erhoben und anschließend zusammen berechnet.

Teil 3.) vergleicht Teil II/1.) mit Teil II/2.).

Ein exakter Vergleich zwischen Teil 1.) und Teil 2.) ist nicht möglich, da Teil 1.) bereits 1964 erfaßt wurde und der für 1972 verwandte Erhebungsbogen noch nicht vorhanden war.

Es können nur verglichen werden Tabellen 8 bis 14/1963/64 und 29 bis 37/1972

In den Tabellen 15 bis 27 der Jahre 1963 und 1964 sind nur die perinatalen Todesfälle erfaßt, während in den gleichen Tabellen von 1972 (Tab. 38 bis 69) alle Schwangeren des Jahres 1972 erfaßt wurden.

Teil II/1

In den Jahren 1963/64 gab es an der 1. Universitäts-
frauenklinik München 5454 Entbindungen,
4306 = 78,95 % von Allgemeinpatientinnen
1148 = 21,05 % von Privatpatientinnen.

Von den 5454 Geburten waren 59 = 1,08 % Zwillingsgeburten
und

1 = 0,02 % Drillingsgeburt.

Insgesamt wurden 5515 Kinder geboren.

PERINATALE LETALITÄT:

Definition: Alle Lebendgeborenen, unabhängig von Gewicht und Größe bis zum 7. postpartalen Tag.

Totgeburten über 35 cm sowie außerhalb der Klinik entbundene, jedoch noch nicht abgenabelte Totgeburten über 35 cm Länge (nach § 29 Abs. 1 und 2 der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes vom 12.8.1957).

Anzahl der perinatalen Todesfälle:

P.L.	Allgemein + privat	Allgemein	Privat
Gesamt-P.L.	263 = 4,82 %	240 = 5,57 %	23 = 2,00 %
ante- + sub- part.P.L.	83 = 1,52 % =31,56 %	80 = 1,86 % =33,33 %	3 = 0,26 % = 13,04 %
postpart. P.L.	180 = 3,30 % =68,44 %	160 = 3,72 % =66,67 %	20 = 1,74 % = 86,96 %
Kinder über 2500 gr	20 = 0,37 % = 7,61 %	17 = 0,39 % = 7,08 %	3 = 0,26 % = 13,04 %
Frühgeburten unt. 1000 gr	81 = 1,49 % =30,79 %	73 = 1,69 % =30,42 %	8 = 0,70 % = 34,78 %
Frühgeburten über 1000 gr	79 = 1,45 % =30,10 %	71 = 1,65 % =29,58 %	8 = 0,70 % = 34,78 %
Frühgeburten zusammen	160 = 2,94 % =60,84 %	144 = 3,34 % =60,00 %	16 = 1,39 % = 69,57 %

Man sieht, daß bei den Privatpatientinnen mit 23 = 2,00 % perinatalen Todesfällen die Sterblichkeit um über 150 % (2,00 % : 5,57 %) der Allgemeinpatientinnen niedriger liegt. Dies drückt sich auch in den realen Prozentzahlen der einzelnen Gewichtsklassen und vor allem der

anteperital verstorbenen Kinder aus.

Von den 23 privaten perinatalen Todesfällen gehören
3 = 0,26 % der Gewichtsklasse über 2500 gr,
8 = 0,70 % den Frühgeburten unter 1000 gr,
8 = 0,70 % den Frühgeburten über 1000 gr und
3 = 0,26 % den anteperital verstorbenen Kindern an.

Bei den Allgemeinpatientinnen ist die perinatale Letalität in allen Gewichtsklassen, besonders aber bei den anteperital verstorbenen Kindern deutlich erhöht.

Von 240 perinatal verstorbenen Kindern sind
17 = 0,39 % über 2500 gr (+ 50 %),
73 = 1,69 % Frühgeburten unter 1000 gr (+140 %),
71 = 1,65 % Frühgeburten über 1000 gr (+ 135 %),
80 = 1,86 % anteperital verstorbenen (+ 700 %).

Tabelle 8 - 10 zeigen das Verhältnis der Zahl der Schwangerenberatung und der perinatalen Letalität zur Anzahl der Schwangerschaften und Familienstand bei Allgemein- und Privatpatientinnen zusammen sowie getrennt bei Allgemein- und Privatpatientinnen.

Wie man sieht, waren über 10 % der Allgemeinpatientinnen und nur etwa 3 % der Privatpatientinnen nicht zur Beratung. Die perinatale Letalität ist bei den Frauen ohne Beratung erschreckend hoch.

Multiparae waren weniger zur Beratung als Primiparae, ledige Mütter waren wesentlich weniger zur Beratung als verheiratete Mütter, was sich auch in der insgesamt deutlich erhöhten P.L. bei ledigen Müttern ausdrückt. Die perinatale Letalität der Privatpatientinnen ist aufgrund der häufigeren Beratung um über die Hälfte niedriger als bei den Allgemeinpatientinnen.

Tabelle 11, 11a + b: Hier wird die Anzahl der Schwangerenberatung untergliedert in

ohne Beratung,

1 bis 3mal in der Poliklinik zur Beratung,

4mal und mehr in der Poliklinik zur Beratung,

1 bis 3mal außerhalb zur Beratung (Facharzt außerhalb, prakt. Arzt außerhalb),

4mal und mehr außerhalb zur Beratung.

Es wird hier deutlich, daß Patientinnen, die 1 bis 3mal und vor allem 4mal und mehr in der Poliklinik zur Beratung waren, eine erheblich niedrigere perinatale Letalität aufweisen, als Frauen, die 1 bis 3mal außerhalb und 4mal und mehr außerhalb zur Beratung waren.

In Tabelle 12 - 14 wird die Art und Häufigkeit der Schwangerenberatung noch weiter untergliedert. Patientinnen, die 1 bis 10mal in der Poliklinik zur Beratung waren wiesen eine um die Hälfte niedrigere P.L. auf als Patientinnen, die 1 bis 10mal außerhalb zur Beratung waren.

Die höchste perinatale Letalität (16,63 %, 17,52 % und 5,55 %) findet man bei den Schwangeren, die keine Beratung in der Schwangerschaft durchführen ließen.

In Tabellen 15 - 17 werden Zahl und Ort der Schwangerenberatung der Mütter von den 263 perinatal verstorbenen Kinder ins Verhältnis gesetzt zum Familienstand, zur Anzahl der Schwangerschaften, zur Berufstätigkeit und zum Alter der Schwangeren, getrennt nach Allgemein- und Privatpatientinnen.

In Tabelle 18 werden die gleichen Untersuchungen durchgeführt, nur daß hier die Schwangerenberatung in die 3 Gruppen

ohne Beratung,
ungenügend betreut,
genügend betreut

unterteilt wird.

Ein Drittel der 263 Mütter mit perinatalem Todesfall war ohne Beratung und nur etwa 13 %, bei den Allgemeinpatientinnen nur knapp 9 %, waren 4mal und mehr in der Poliklinik zur Beratung. Auch hier waren die Multiparae wesentlich weniger zur Beratung als die Primiparae, die ledigen Mütter sogar fast 50 % ohne Beratung gegenüber nur 25 % der verheirateten Mütter. Es waren mehr berufstätige Frauen ohne Beratung als Frauen ohne Beruf. In den einzelnen Altersgruppen waren die 17 bis 25jährigen Mütter am meisten ohne Beratung.

Genügend beraten waren Allgemeinpatientinnen nur etwa 27 %, Privatpatientinnen dagegen fast 70 %. Nur etwa 18 % der ledigen Mütter waren genügend betreut, Primiparae waren weit mehr genügend betreut als Multiparae, berufstätige Frauen mehr genügend betreut als Frauen ohne Beruf.

Auffallend ist die quantitativ weit bessere Betreuung der Privatpatientinnen als die der Allgemeinpatientinnen.

In Tabellen 19 - 21 wird das Verhältnis der 263 perinatalen Todesfälle (aufgeteilt in Geburten über 2500 gr, Frühgeburten unter 1000 gr, Frühgeburten zwischen 1000 und 2500 gr, intrauteriner Fruchttod) zum Familienstand, Anzahl der Schwangerschaften der Mütter, Alter und Berufstätigkeit der Mütter gesetzt, getrennt in Allgemein- und Privatpatientinnen.

Über doppelt so viele verheiratete Frauen wurden von

(Anmerk.: Kinder = perin.verstorbene Kinder) Kindern über 2500 gr entbunden als ledige Frauen.

Frauen über 30 Jahre wurden 4mal soviel wie Frauen zwischen 17 und 25 Jahren von Kindern über 2500 gr entbunden.

Bei Frauen ohne Beruf war die Anzahl der Kinder über 2500 gr doppelt so hoch wie bei berufstätigen Frauen.

Die meisten Frühgeburten unter 1000 gr traten bei ledigen Müttern, Frauen zwischen 17 und 25 Jahren sowie berufstätige Frauen, intrauteriner Fruchttod mehr bei Multiparae als bei Primiparae und vor allem bei Frauen über 30 Jahre mit fast 40 % auf.

Tabelle 22 gibt eine Übersicht über die Frühgeburtensterblichkeit der Jahre 1963/64 und 1972 im Verhältnis zum Familienstand, Anzahl der Schwangerschaften, Alter der Frau und Berufstätigkeit.

Die meisten Frühgeburten starben bei ledigen Müttern, Primiparae und Frauen zwischen 15 und 25 Jahren sowie berufstätigen Frauen.

In den Tabellen 23 - 26 werden die perinatalen Todesfälle über 2500 gr, Frühgeburten unter 1000 gr und Frühgeburten zwischen 1000 und 2500 gr sowie die Fälle von intrauterinem Fruchttod einzeln untersucht. In jeder dieser Gruppen wird das Verhältnis der Anzahl und des Ortes der Schwangerschaftsberatung zur sozialen Struktur der Mütter dargestellt.

Tabelle 27 gibt eine Übersicht über die Schwangerenberatung der 263 Frauen mit gestorbenen Kindern über 2500 gr, Frühgeburten und intrauterinem Fruchttod unter dem Gesichtspunkt unbetreut, ungenügend betreut, genügend betreut im Verhältnis zur sozialen Struktur

der Mutter.

Die Mütter der wenigen gestorbenen Kindern mit Geburtsgewicht über 2500 gr waren zu 50 % genügend betreut, die Mütter mit Frühgeburten unter 1000 gr nur 20 %, die Mütter mit Frühgeburten über 1000 gr nur 30 % und die Mütter, deren Kinder intrauterin abstarben, waren fast 40 % genügend betreut. Von den Müttern mit gestorbenen Frühgeburten unter 1000 gr waren nur 13 % genügend betreut, von den Müttern mit Frühgeburten über 1000 gr sogar nur 5,26 % genügend betreut.

Von den Müttern mit intrauterinem Fruchttod waren nur 18,37 % Multiparae genügend betreut gegenüber 64 % der Primiparae, Schwangere ohne Beruf mit intrauterinem Fruchttod waren weitaus weniger genügend betreut als berufstätige Schwangere (26 : 47 %).

Ergänzung zu Tabelle 26 - intrauteriner Fruchttod:

Auffallend ist der hohe Anteil der Frauen mit intrauterinem Fruchttod, die nur außerhalb der Klinik zur Beratung waren. Über 50 % der 83 Frauen mit intrauterinem Fruchttod waren 1 bis 10mal außerhalb zur Beratung gegenüber nur 27 % der Frauen, die 1 bis 10mal in der Poliklinik zur Beratung waren. Von den Frauen, bei denen der intrauterine Fruchttod schon außerhalb der Klinik eintrat, waren fast 57 % außerhalb der Klinik beraten und nur 25 % in der Poliklinik zur Beratung.

Dagegen waren von den Frauen, deren Kinder in der Geburtsklinik intrauterin starben, mit 38 % gleich viel außerhalb wie in der Poliklinik zur Beratung.

AUFGLIEDERUNG DER PERINATALEN TODESFÄLLE NACH IHRER
URSACHE

A) Durch Operation und klinische Behandlung nicht beherrschbare Todesfälle	<u>116 = 44,11 %</u>
ohne Beratung	50 = 43,10 %
1 bis 3mal zur Beratung in der Poliklinik u. außerhalb	35 = 30,17 %
4mal und mehr zur Beratung in der Poliklinik und außerhalb	31 = 26,72 %

Zu diesen durch Operation und klinische Behandlung nicht beherrschbaren Todesfällen gehören:

- 1.) Mißbildungen, die ein extrauterines Leben unmöglich machen. Das Leben ist durch Op. nicht zu erhalten

Gesamt 14 = 12,07 % = 5,32 % gesamt

davon

a) Anencephalus oder andere Hirnmißbildungen	3
b) Atresien im Herz- und Gefäßsystem	2
c) Mehrfachmißbildungen	9

- 2.) Hydrops, Fetus universalis bei Rh-Inkompatibilität

14 = 12,07 % = 5,32 % gesamt

- 3.) bei Kindern mit Geburtsgewicht von 1000 gr und weniger

81 = 69,83 % = 30,80 % gesamt

- 4.) ungeklärte Todesfälle, klinisch kein Anhaltspunkt, autoptisch negativ

7 = 6,03 % = 2,66 % gesamt

B) Geburtshilfliche Todesfälle	<u>127 = 48,29 %</u>
ohne Beratung	26 = 20,47 %
1 bis 3mal zur Beratung in der Poliklinik und außerhalb	57 = 44,88 %
4mal und mehr in der Poliklinik u. außerhalb zur Beratung	44 = 34,65 %

Zu den geburtshilflichen Todesfällen, d.h. in Verbindung mit geburtsmechanischen Vorgängen stehend, gehören:

1.) Geburtsverletzungen (massive Hirnblutungen, Tentoriumrisse, Fax cerebri-Risse)	2 = 1,57 %
2.) Hypoxie als Folge intrauteriner Asphyxie	125 = 98,43 %
davon	
a) Regelwidrigkeit der Haftfläche der Plazenta u. Plazenta praevia, vorzeitige Lösung, Uterusanomalien, regelwidriger Nabelschnuransatz	26 = 20,47 %
b) Plazentainsuffizienz	22 = 17,32 %
davon	
aa) Nephropathie und Eklampsie	16
bb) Übertragung (Schwangerschaft über 291 Tage)	5
cc) unbekannte Genese, Hyalinisierung, Fibrosierung, Sklerosierung, Infarkte, Nekrosen der Plazenta	1
c) Nabelschnurkomplikationen	19 = 14,96 %
davon	
aa) NS-Umschlingung + Varix vera	7
bb) NS-Vorfall	11
cc) auf der Nabelschnur	1
d) Störungen im Geburtsverlauf	12 = 9,45 %
davon	
aa) Uterusruptur	4
bb) verschleppte Querlage	3
cc) lange Geburtsdauer	1
dd) unbeaufsichtigte Geburt zu Hause oder im Krankenwagen	3
ee) Absterben des Kindes bei Kopfentwicklung bei Beckenendlage	1
e) Zu geringes O ₂ -Angebot	30 = 23,62 %
davon	
aa) Herzfehler der Mutter	0
bb) Aspirationspneumonie	10
cc) Ausbildung hyaliner Membranen	15
dd) O ₂ -Mangel unbekannter Genese	5

f) Erkrankungen der Mutter	16 = 12,60 %
davon	
aa) Infektionen	
1. septischer Allgemeininfekt	2
2. Toxoplasmose, Listeriose	2
3. Lues	8
bb) Ikterus grav.	1
cc) Diabetes mellitus	3

C) Pädiatrische Todesfälle,

d.h. alle intrauterinen und postpartalen Erkrankungen, die nicht mit dem Geburtsvorgang in ursächlichem Zusammenhang stehen und nicht zu den durch Operation und klinische Behandlung nicht beherrschbaren Todesfällen zählen:

	20 = 7,60 %
ohne Beratung	5 = 25 %
1 bis 3mal in der Poliklinik u. außerhalb zur Beratung	8 = 40 %
4mal und mehr in der Poliklinik u. außerhalb zur Beratung	7 = 35 %

Zu den pädiatrischen Todesfällen gehören

1.) postpartal erworbene Krankheit	0
2.) Blutgruppeninkompatibilitäten außer Hydrops	0
3.) Spätblutungen, Hämangiom der Leber	1
4.) operierte Mißbildungen	2
5.) Endocardfibrose	0
6.) Lebensschwäche Unreife, Lungenatelektasen bei Kindern über 1000 gr Geburtsgewicht	17

D) Sectio caesarea wurde durchgeführt bei allen perinatalen Todesfälle.

27 = 10,27 %

Von diesen Frauen waren ohne Beratung	4 = 14,81 %
1 bis 3mal zur Beratung in der Poliklinik u. außerhalb	11 = 40,74 %
4mal und mehr zur Beratung in der Poliklinik u. außerhalb	12 = 44,44 %

Wie sich aus der Ursachenanalyse ergibt, befanden sich unter den durch Operation und klinische Behandlung unbeherrschbaren Todesfällen 14 Fälle von Mißbildungen = 12,07 % und 81 Fälle = 69,83 % von Kindern mit Geburtsgewicht unter 1000 gr.

Zieht man diese nach menschlichem Ermessen nicht beherrschbaren Todesfälle von der Gesamtletalität von 3.08 %, die der durchschnittlichen P.L. des gesamten Bundesgebietes mit Westberlin 1963/64 von 30,02 %, von Bayern mit 30,28 % und dem Raum München mit 31,90 % entspricht. Auffallend an den Todesfällen, die durch Operation und klinische Behandlung nicht beherrschbar waren wie Mißbildungen und Frühgeburten unter 1000 gr wie auch dem Hydrops fetus universalis bei Rh-Inkompatibilität, der heute eigentlich nicht mehr vorkommen sollte, ist, daß von insgesamt 116 Todesfällen dieser Art 50 = 43,10 % Mütter dieser Todesfälle nicht zur Beratung waren, 35 = 30,17 % nur 1 bis 3mal außerhalb oder in der Poliklinik zur Beratung waren.

Zählt man diese beiden Beratungsgruppen zusammen, so ergibt sich die Zahl von 85 = 73,27 % von Todesfällen ohne Beratung oder ungenügende Beratung.

Nur 31 = 26,72 % der Mütter dieser Todesfälle waren weitgehend genügend beraten.

Untersucht man die Todesursachen in dieser Gruppe auf ihre Verhütung, so kann man sagen, daß die 14 Fälle von Hydrops fetus universalis bei Rh-Inkompatibilität heute (10 Jahre später) sicherlich vermeidbar gewesen wären, aber auch 1963/64 weitgehend vermieden worden wären, wenn die Mütter dieser Kinder einer Optimalen Schwangerschaftsberatung unterzogen worden wären.

Von den 14 Fällen von Hydrops fetus universalis waren 8 Frauen nur 1 bis 3mal zur Beratung gewesen. Da in diesen Jahren bereits die Amniozentese und auch die Delta-E-Wert-Bestimmung sowie die intrauterine Transfusion durchgeführt wurde, hätten zumindestens diese 8 Kinder eventuell gerettet werden können.

Von den Müttern mit gestorbenen Kindern bei Geburtsgewicht unter 1000 gr waren immerhin
43 = 53,08 % überhaupt nicht zur Beratung,
21 = 25,92 % nur 1 bis 3mal außerhalb oder in der Poliklinik zur Beratung.
17 = 21,0 % dieser Mütter waren evtl. genügend betreut.

Daraus ergibt sich, daß immerhin 79 % der Mütter mit gestorbenen Frühgeburten unter 1000 gr unbetreut oder ungenügend betreut waren. Eine intensive Schwangerenberatung hätte sicherlich einen Großteil der Kinder vor der Frühgeburt bewahrt. Bei den 14 Fällen von Mißbildungen hätte in einem Teil der Fälle durch vorzeitige Anamnese und dadurch verursachte Amniozentese mit Chromosomenanalyse eine vererbliche Mißbildung vor der 18. Schwangerschaftswoche erfaßt, so daß diese mißgebildete Frucht durch Interruptio hätte entfernt werden können. Bei den geburtshilflichen Todesfällen fällt die ungewöhnlich hohe Anzahl von Hypoxie als Ursache für den perinatalen Todesfall auf. Insgesamt 125 Kinder = 47,53 % starben an Folge der Hypoxie.
25 = 20 % der Mütter dieser Kinder waren ohne,
56 = 44,8 % nur 1 bis 3mal zur Beratung, also ungenügend betreut.

Ungenügend und nicht betreut waren 81 Frauen = 64,8 %.
Nur 35,2 % waren evtl. genügend betreut.

Bei der Plazentainsuffizienz infolge der EPH-Gestose (16) waren 25 % nicht betreut, 37,5 % ungenügend betreut, insgesamt 62,5 % unbetreut oder ungenügend betreut. 37,5 % der Frauen waren evtl. genügend betreut. Aus der Feststellung, daß 62,5 % der Patientinnen mit

EPH-Gestose und 64,8 % der Fälle von Hypoxie überhaupt nicht oder ungenügend betreut waren in der Schwangerschaft, ergibt sich zwangsläufig, daß bei einer intensiveren Schwangerenberatung viele Todesfälle hätten vermieden werden können, zumal man schon 1963 und 1964 mittels Ultraschalldiagnostik und Bestimmung der Oestriolwerte eine Plazentainsuffizienz hätte feststellen und behandeln können.

Durch Erkrankungen der Mutter (Infektionen, Ikterus, Diabetes mellitus) starben 1963/64 insgesamt 16 Kinder, wovon in 10 Fällen = 62,5 % die Mütter nicht oder nur ungenügend betreut waren. Gerade beim Diabetes mellitus, durch den 3 Kinder starben und dem Ikterus gravis als auch dem septischen Allgemeininfekt hätte eine vorzeitige intensivere Schwangerenberatung das Leben des Kindes retten können.

Bei den pädiatrischen Todesfällen dominieren die Fälle der Kinder über 1000 gr Geburtsgewicht mit Lebensschwäche, Unreife und Lungenatelaktasen. Von den Müttern dieser Kinder waren 5 = 29,41 % ohne Schwangerenberatung, 5 = 29,41 % 1 bis 3mal zur Beratung = ungenügend betreut, nur 7 = 41,18 % der Mütter waren evtl. genügend betreut. Da auch in diesen Fällen insgesamt 58,82 % der Mutter unbetreut oder ungenügend betreut waren, kann man annehmen, daß bei einer frühzeitigen und intensiveren Schwangerenberatung ein Großteil der Kinder gerettet werden können.

II Teil 2 1972

In Teil II/2 wurden 1700 Geburten durch den vorne abgedruckten Erhebungsbogen, der aus einem mütterlichen und einem kindlichen Teil besteht, erfaßt. Der Unterschied zu Teil I bestand darin, daß 1972 in Tabellen 38 - 69 nicht nur die perinatalen Todesfälle, sondern alle geburtshilflichen Fälle im Verhältnis zur perinatalen Letalität erfaßt wurden.

Es wurden insgesamt 1700 Frauen entbunden, davon
1153 = 67,82 % Allgemeinpatientinnen und
547 = 32,18 % Privatpatientinnen.

Allgemein und privat zusammen wurden 32 = 1,88 %
Zwillinge geboren, bei den Allgemeinpatientinnen
26 = 2,25 %, bei den Privatpatientinnen 6 = 1,10 %
Zwillinge.

Die perinatale Letalität 1972 ist aus Tabelle 28 zu entnehmen. Die Gesamt-P.L. aller 1700 Frauen betrug 4,41 %, die der Allgemeinpatientinnen 5,12 %, die der Privatpatientinnen 2,92 %.

Der Anteil an intrauterinem Fruchttod betrug bei Allgemein- und Privatpatientinnen ein Drittel der perinatalen Letalität.

80 % der intrauterin gestorbenen Kinder starben bereits vor Einweisung in die Geburtsklinik.

Zwei Drittel aller Kinder starben postpartal. Am 1. Tag starben davon 35,9% Kinder der Allgemeinpatientinnen und nur 18 % der Kinder der Privatpatientinnen.

Von den 75 gestorbenen Kindern hatten 16 % ein Geburtsgewicht über 2500 gr, 13,3 % waren Frühgeburten unter 1000 gr, 37,33 % Frühgeburten über 1000 gr; insgesamt waren 50,67 % der 75 gestorbenen Kinder Frühgeburten.

Der Anteil der Frühgeburten an der perinatalen Letalität betrug bei den Allgemeinpatientinnen 55,93 %, bei den Privatpatientinnen nur 31,25 %.

In dieser Arbeit kommt erstmals der von Dr. Lochmüller für die Münchner Arbeitsgemeinschaft "Perinatale Medizin" entworfene Erhebungsbogen zur Anwendung. Es werden Schwangerschaft und Geburt der 1700 Frauen, die 1972 in die I. Universitätsfrauenklinik München zur Entbindung kamen, statistisch erfaßt in einem mütterlichen und einem kindlichen Erhebungsbogen (siehe Tabelle A und B). Es werden erstmals alle wichtigen sozialen Faktoren, der Ort und die Zahl der Schwangerschaftsberatungen, die Vollständigkeit des Mutterpasses, Erkrankungen der Schwangeren, Geburtstermin, Risikoschwangerschaftsfaktoren sowie Risikogeburten, Besonderheiten vor und unter der Geburt, weiteres Schicksal des Kindes bis zum 7. Lebens- tag in einem Erhebungsbogen erfaßt getrennt nach Allgemein- und Privatpatientinnen.

Auffällig ist insbesondere die große Anzahl der Ausländerinnen am Gesamtkollektiv mit 24,4 % insgesamt und 34,8 % bei den Allgemeinpatientinnen sowie die hohe Anzahl der Ledigen mit 13,5 % insgesamt und fast 20 % bei den Allgemeinpatientinnen.

Sehr bemerkenswert ist auch die völlig verschiedene Altersverteilung bei Allgemein- und Privatpatientinnen. Während bei den Allgemeinpatientinnen nur 28 % über 30 Jahre sind, sind bei den Privatpatientinnen über 45 % über 30 Jahre alt.

Alle Privatpatientinnen hatten einen Mutterpaß, dagegen hatten noch 10 % der Allgemeinpatientinnen keinen. Außerdem war der Mutterpaß bei Allgemeinpatientinnen in 10 % lückenhaft.

I. Universitätsfrauenklinik München

Übersicht der perinatalen Letalität 1963/64 : 1972

P.L.	1963/64		Privat	1972	
	Allgemein +privat	Allgemein		Allgemein +privat	Privat
Gesamt-P.L.	263 = 4,82 %	240 = 5,57 %	23 = 2,00 %	75 = 4,41 %	59 = 5,12 %
ante- + sub- part.P.L.	83 = 1,52 % = 31,56 %	80 = 1,86 % = 33,33 %	3 = 0,26 % = 13,04 %	25 = 1,47 % = 33,33 %	20 = 1,73 % = 33,90 %
postpart. P.L.	180 = 3,30 % = 68,44 %	160 = 3,72 % = 66,67 %	20 = 1,74 % = 86,96 %	50 = 2,94 % = 66,67 %	39 = 3,38 % = 66,10 %
Kinder über 2500 gr	20 = 0,37 % = 7,61 %	17 = 0,39 % = 7,08 %	3 = 0,26 % = 13,04 %	12 = 0,71 % = 16,00 %	6 = 0,52 % = 10,17 %
Frühgeburten unt. 1000 gr	81 = 1,49 % = 30,79 %	73 = 1,69 % = 30,42 %	8 = 0,70 % = 34,78 %	10 = 0,59 % = 13,33 %	9 = 0,78 % = 15,25 %
Frühgeburten über 1000 gr	79 = 1,45 % = 30,10 %	71 = 1,65 % = 29,58 %	8 = 0,70 % = 34,78 %	28 = 1,65 % = 37,33 %	24 = 2,08 % = 40,68 %
Frühgeburten zusammen	160 = 2,94 % = 60,84 %	144 = 3,34 % = 60,00 %	16 = 1,39 % = 69,57 %	38 = 2,24 % = 50,67 %	33 = 2,86 % = 55,93 %
					5 = 0,91 % = 31,25 %

Die sozial bessere Struktur und die bessere Gesundheitshygiene der Privatpatientinnen wird deutlich in 2 Fällen.

Die Summe der ernstlichen inneren Erkrankungen bei Privatpatientinnen beträgt 4,02 %, bei Allgemeinpatientinnen 9,45 %.

Der errechnete Geburtstermin bei Privatpatientinnen war in 95 % verwertbar, bei Allgemeinpatientinnen nur in 79 %.

Operative Geburtshilfe wurde bei Privatpatientinnen wesentlich häufiger durchgeführt als bei Allgemeinpatientinnen, die Austreibungsperiode war bei Privatpatientinnen wesentlich kürzer als bei Allgemeinpatientinnen. Auffälliges Fruchtwasser wurde bei Allgemeinpatientinnen wesentlich mehr registriert als bei Privatpatientinnen.

In den Spalten 24, 25 und 26, 27 sowie 28, 29 wurden sämtliche Risiken, die die Schwangerschaft bedrohen, registriert.

Da bei einer Patientin öfters mehrere Risiken auftraten, ist natürlich die Gesamtzahl der Risiken höher als die der Risikograviditäten insgesamt. Die exakte Anzahl der Risikograviditäten kann aber aus Ziffer 1. des Risikogeburtenkatalogs entnommen werden (Ziff. 1 des Risikogeburtenkatalogs heißt: Geburten nach Risikoschwangerschaft).

Insgesamt hatten die 1700 Frauen 838 Risiken (49,29 %, davon 582 (50,48 %) die Allgemeinpatientinnen und 255 (46,80 %) die Privatpatientinnen.

Aus Nr. 1 des Risikogeburtenkataloges (Ziff. 55) ist

zu ersehen, daß bei 519 = 30,5 % der Patientinnen insgesamt, bei 354 Allgemeinpatientinnen = 31,6 % und bei 165 Privatpatientinnen = 30,1 % eine Risikogravidität vorlag. Umgerechnet hatte also bei den Allgemein- und Privatpatientinnen zusammen jede Frau mit Risikogravidität 1,61 % Risiken, bei den Allgemeinpatientinnen 1,64 % und bei den Privatpatientinnen 1,55 % Risiken. Risikogeburten traten bei Allgemeinpatientinnen in 75,1 %, bei Privatpatientinnen in 58,6 % auf. Die niedrigere Zahl der Risikogeburten ist vor allem bedingt durch die deutlich niedrigere Anzahl der Frühgeburten bei den Privatpatientinnen.

Aus den Kindererhebungsbögen konnte entnommen werden, daß nur 6 % der Kinder der Privatpatientinnen, dagegen aber 21 % der Kinder der Allgemeinpatientinnen postpartum auffällig waren.

Die Beurteilung der Apgarwerte machte deutlich, daß mindestens doppelt so viel Privatpatientinnen-Kinder sowohl nach 1 min. als auch nach 5 und 10 min. sich in einem besseren Zustand befanden als die Kinder der Allgemeinpatientinnen. Zur Begründung dieses um nahezu 100 % besseren Zustandes post partum nach Apgar können mehrere Faktoren angeführt werden:

- 1.) Privatpatientinnen des Jahres 1972 betrieben eine wesentlich intensivere Schwangerenberatung als die Allgemeinpatientinnen.
- 2.) Die Geburten der Privatpatientinnen wurden sicherlich intensiver überwacht, was an mehreren Beispielen deutlich wird:
 - a) Die Dauer der Austreibungsperiode war bei Privatpatientinnen wesentlich kürzer als bei Allgemeinpatientinnen.
 - b) Operative Geburtshilfe wurde bei Privatpatientinnen häufiger durchgeführt als bei Allgemeinpatientinnen.

- c) Fruchtwasser war bei Privatpatientinnen wesentlich weniger häufig auffällig als bei Allgemeinpatientinnen.
- 3.) Der errechnete Termin war bei Privatpatientinnen fast immer verwertbar, während er bei Allgemeinpatientinnen nur in knapp 80 % verwertbar war. Rechnerisch vor der 38. Schwangerschaftswoche waren bei den Privatpatientinnen knapp 9 % gegenüber fast 18 % der Allgemeinpatientinnen.

Die in den Erhebungsbögen ermittelten Daten wurden auf Lochkarten übertragen. Anschließend wurde mit Hilfe eines Mathematikers ein Programm entwickelt, in dem Anzahl der Schwangerschaften, Familienstand, Alter der Frau und Nationalität ins Verhältnis gebracht wurden zur perinatalen Letalität und der Anzahl und dem Ort der Schwangerschaftsberatungen. Lochkarten und das Programm wurden in dem Rechenzentrum der Firma Heilmann & Littmann, München ausgewertet, die dabei erzielten Werte wurden für die Erstellung folgender Tabellen verwandt:

In Tabelle 29 - 31 wird die Anzahl der Primiparae, Multiparae, der verheirateten, ledigen, deutschen und ausländischen Frauen gesamt und getrennt nach Allgemein- sowie Privatpatientinnen aufgeschlüsselt und die jeweilige perinatale Letalität ermittelt. Nach Unterteilung der Gesamtzahl der Frauen in die beiden Gruppen

"mit Beratung" und "ohne Beratung" wird die dazugehörige perinatale Letalität dargestellt.

Ungewöhnlich hoch ist die P.L. bei den Frauen aller sozialen Schichten, die ohne Beratung waren (im Schnitt 14 % gegenüber 4 % der Frauen, die zur Beratung waren).

Es fällt auf, daß die P.L. bei Gastarbeiterinnen niedriger ist als bei deutschen Schwangeren, bei deutschen

Tabelle A

Auswertung des Erhebungsbogens I
= mütterlicher Erhebungsbogen
Jahrgang 1972, 1. Universitätsklinik München

Bezeichnung	Ziffer	Allgemein	Privat	Gesamt
deutsch	8	748 = 65,13 %	536 = 97,98 %	1284 = 75,59 %
ausländ.	8	396 = 34,87 %	11 = 2,01 %	407 = 24,41 %
verheiratet	9	927 = 80,66 %	540 = 98,72 %	1467 = 86,47 %
ledig	9	217 = 19,34 %	7 = 1,28 %	224 = 13,53 %
15 - 25 Jahre	10/11	557 = 48,31 %	56 = 10,24 %	613 = 36,06 %
26 - 30 Jahre	10/11	270 = 23,42 %	240 = 43,88 %	510 = 30,00 %
31 - 40 Jahre u. mehr	10/11	323 = 28,10 %	250 = 45,70 %	573 = 33,71 %
I-Para	13	582 = 50,91 %	261 = 47,90 %	843 = 49,94 %
Multipara	13	562 = 49,09 %	286 = 52,10 %	848 = 50,05 %
Voruntersuchung	14			
ohne Beratung	14	64 = 5,55 %	0	64 = 3,76 %
mit Beratung	14	1089 = 94,45 %	547 = 100 %	1636 = 96,24 %
hier zur Beratung	15	563 = 48,83 %	434 = 79,34 %	997 = 58,65 %
hier 1 - 3mal	16	84 = 7,29 %	51 = 9,32 %	135 = 7,94 %
hier 4mal u. mehr	16	479 = 41,54 %	383 = 70,02 %	862 = 50,71 %

Tabelle A - S. 2 (mütterlicher Erhebungsbogen)

Bezeichnung	Ziffer	Allgemein	Privat	Gesamt
Facharzt außerh.	17	276 = 24,13 %	86 = 15,72 %	362 = 21,41 %
1 - 3mal FA. außerh.	18	60 = 5,24 %	9 = 1,64 %	69 = 4,08 %
4mal u.m. " "	18	216 = 18,88 %	77 = 14,08 %	293 = 17,33 %
Prakt. Arzt außerh.	19	257 = 22,47 %	28 = 5,12 %	285 = 16,85 %
1 - 3mal prakt. Arzt	20	134 = 11,71 %	8 = 1,46 %	142 = 8,40 %
4mal u.mehr " "	20	123 = 10,75 %	20 = 3,66 %	143 = 8,45 %
hier u. außerhalb zur Beratung		199 = 17,26 %	60 = 10,97 %	259 = 17,26 %
nur außerhalb zur Beratung		327 = 28,36 %	53 = 9,69 %	380 = 22,35 %
Mutterpaß vorhanden	21	1040 = 90,20 %	545 = 99,63 %	1585 = 93,24 %
Mutterpaß nicht vorhanden	21	104 = 9,80 %	2 = 0,37 %	106 = 6,76 %
Mutterpaß lückenhaft	22	183 = 15,87 % (von 1153)	3 = 0,55 % (von 547)	186 = 10,94 % (von 1700)
Risikokatalog vorhanden	23	582 = 50,48 %	255 = 46,80 %	838 = 49,29 %

Tabelle A - S. 3 (mütterlicher Erhebungsbogen)

Bezeichnung	Ziffer	Allgemein	Privat	Gesamt
1) Regelwidrige Kindslage		63 = 5,46 %	29 = 5,30 %	92 = 5,41 %
2) Mehrlinge		26 = 2,25 %	6 = 1,09 %	32 = 1,88 %
3) Echte Übertragung		53 = 4,60 %	30 = 5,48 %	83 = 4,88 %
4) EPH-Gestose		73 = 6,33 %	28 = 5,12 %	101 = 5,94 %
5) Rh- u. Blutgr.-Unverträglichkeit		210 = 18,21 %	87 = 15,90 %	297 = 17,47 %
6) Diabetes		59 = 5,12 %	5 = 0,91 %	64 = 3,76 %
7) Alte Erstgebärende (üb. 33 J.)		49 = 4,25 %	41 = 7,50 %	90 = 5,29 %
8) Multiparae (Mütter mit mehr als 4 Kindern)		42 = 3,64 %	2 = 0,37 %	44 = 2,59 %
9) Genitaltumoren		43 = 3,73 %	7 = 1,28 %	50 = 2,94 %
10) Mehrggebärende üb. 40 Jahre		16 = 1,39 %	4 = 0,73 %	20 = 1,20 %
11) Hydramnion		33 = 2,86 %	3 = 0,55 %	36 = 2,12 %
12) Uterusmißbildungen		6 = 0,52 %	1 = 0,18 %	7 = 0,42 %
13) Blutung in der Spätschwangersch.		36 = 3,12 %	6 = 1,09 %	42 = 2,47 %
14) Schwere Allgemeinerkrankungen		61 = 5,29 %	14 = 2,59 %	75 = 4,41 %
15) Zustand nach Sectio		48 = 4,16 %	33 = 6,03 %	81 = 4,76 %
16) Geburt eines Riesenkindes (mehr als 4500 gr)		11 = 0,95 %	0	11 = 0,65 %
17) Tote oder geschädigte Kinder in der Anamnese		79 = 6,85 %	18 = 3,29 %	97 = 5,71 %

Tabelle A - S. 4 (mütterlicher Erhebungsbogen)

Bezeichnung	Ziffer	Allgemein	Privat	Gesamt
18) Zustand nach mehreren Aborten oder Frühgeburten		72 = 6,24 %	21 = 1,82 %	93 = 5,47 %
19) Zustand nach Sterilitätsbehandlung		44 = 3,81 %	3 = 0,55 %	47 = 2,76 %
20) Gerinnungsstörungen bekannt		15 = 1,30 %	8 = 1,46 %	23 = 1,35 %
Summe:		582 = 50,48 %	255 = 46,80 %	838 = 49,29 %
Manif. Diabetes	30	36 = 3,12 %	5 = 0,91 %	41 = 2,41 %
Niere	31	28 = 2,43 %	4 = 0,73 %	32 = 1,88 %
Herz	32	7 = 0,61 %	4 = 0,73 %	11 = 0,65 %
Sonstiges	33	38 = 3,30 %	9 = 1,65 %	47 = 2,76 %
Summe:		109 = 9,45 %	22 = 4,02 %	131 = 2,41 %
Termin verwertbar	34	918 = 79,62 %	524 = 95,80 %	1442 = 84,82 %
Geburt vor 38. SSW	35	203 = 17,61 %	48 = 8,78 %	251 = 14,76 %
Geburt mehr als 10 Tage post E.T.	36	110 = 9,54 %	54 = 9,87 %	164 = 9,65 %
vorzeitiger Blasensprung	38	299 = 25,93 %	162 = 29,62 %	461 = 27,12 %
Med.Einleitung	39	137 = 11,88 %	51 = 9,32 %	188 = 11,06 %
Wehenmittel bei der Geburt	40	584 = 50,65 %	227 = 41,50 %	811 = 47,71 %

Tabelle A - S. 5 (mütterlicher Erhebungsbogen)

Bezeichnung	Ziffer	Allgemein	Privat	Gesamt
Vollnarkose bei der Geburt	41	182 = 15,78 %	108 = 19,74 %	290 = 17,06 %
Intensivüberw.	42	293 = 25,49 %	124 = 22,67 %	417 = 25,53 %
operat. Geburtsh.	43	332 = 28,79 %	198 = 36,20 %	530 = 31,18 %
DAVON Sectio	43	152 = 13,18 %	90 = 16,45 %	242 = 14,24 %
vag.Op.	44	180 = 15,81 %	108 = 19,74 %	288 = 16,94 %
Man. Hilfe (BEL)	45	63 = 5,46 %	29 = 5,30 %	92 = 5,41 %
Vakuum	46	132 = 11,45 %	97 = 17,73 %	229 = 13,47 %
Forceps	47	23 = 1,99 %	6 = 1,10 %	29 = 1,71 %
Episiotomie	48	782 = 67,82 %	443 = 80,99 %	1225 = 72,06 %
Dauer der ATP	49/50			
0 - 10 min.		388 = 33,65 %	220 = 40,22 %	608 = 35,76 %
11 - 20 min.		226 = 19,60 %	130 = 23,77 %	356 = 20,94 %
21 - 30 min.		99 = 8,59 %	55 = 10,05 %	154 = 9,06 %
31 - 80 min. u. mehr		105 = 9,11 %	38 = 6,95 %	143 = 8,41 %
Fruchtwasser auff.	51	240 = 20,82 %	81 = 14,81 %	321 = 18,88 %
Geburt aus regelr. Sch.Lage	52	1014 = 87,94 %	488 = 89,21 %	1502 = 88,35 %
Beckenendlage	53	63 = 5,46 %	29 = 5,30 %	92 = 5,41 %

Tabelle A - S. 6 (mütterlicher Erhebungsbogen)

Bezeichnung	Ziffer	Allgemein	Privat	Gesamt
Risikogeburt	54	872 = 75,63 %	322 = 58,87 %	1194 = 70,24 %
Z.n.Risikograv.	55/1	354 = 40,88 %	165 = 51,40 %	519 = 43,72 %
Frühgeburten	2	125 = 14,45 %	20 = 6,21 %	146 = 12,23 %
Alteration d.Herzt.	3	33 = 3,81 %	21 = 6,54 %	54 = 4,55 %
grünes FW	4	79 = 9,12 %	35 = 10,90 %	114 = 9,60 %
Blutungen unter d. Geburt	5	1 = 0,12 %	1 = 0,31 %	2 = 0,17 %
verläng.Geb.Dauer	6	14 = 1,62 %	3 = 0,93 %	17 = 1,43 %
Fieber unt.d.Geb.	7	2 = 0,17 %	0	2 = 0,23 %
	8	0	0	0
mehrere Risiken	9	263 = 30,37 %	77 = 23,99 %	340 = 28,64 %
Plazenta auffällig	56	429 = 37,20 %	206 = 37,67 %	635 = 37,65 %
Mehrlingsgeburten	57	26 = 2,25 %	6 = 1,10 %	32 = 1,89 %
Abschlußbefund d.Mutter auffällig	58	15 = 1,30 %	0	15 = 0,88 %
verlegt	59	14 = 1,21 %	0	14 = 0,82 %
verstorben	60	1 = 0,09 %	0	1 = 0,06 %

Tabelle B

Auswertung des Erhebungsbogens II
= kindlicher Erhebungsbogen
Jahrgang 1972, 1. Universitätsklinik München

Bezeichnung	Ziffer	Allgemein	Privat	Gesamt
männlich	8 (1)	596 = 51,64 %	291 = 53,00 %	887 = 52,08 %
weiblich	8 (2)	558 = 48,35 %	258 = 47,00 %	816 = 47,91 %
Geburtsgewicht unt. 1000 gr	(10 - 13)	13 = 1,12 %	1 = 0,18 %	14 = 0,82 %
1000 - 1499 gr	(10 - 13)	19 = 1,64 %	6 = 1,09 %	25 = 1,46 %
1500 - 1999 gr	(10 - 13)	28 = 2,42 %	5 = 0,91 %	33 = 1,93 %
2000 - 2499 gr	(10 - 13)	77 = 6,67 %	12 = 2,18 %	89 = 5,22 %
1000 - 2499 gr	(10 - 13)	124 = 10,74 %	23 = 4,19 %	147 = 8,63 %
unt. 1000-2499 gr	(10 - 13)	137 = 11,87 %	24 = 4,37 %	161 = 9,45 %
2500 - 3999 gr	(10 - 13)	934 = 80,93 %	471 = 85,79 %	1405 = 82,73 %
4000 gr u. mehr	(10 - 13)	83 = 7,19 %	54 = 9,83 %	137 = 8,04 %
Totgeburten	16	20 = 1,73 %	5 = 0,91 %	25 = 1,46 %
Totgeb. hier	17 (1)	5 = 0,43 %	0	5 = 0,293 %
Totgeb. außerh.	17 (0)	15 = 1,30 %	5 = 0,91 %	20 = 1,17 %
Postpartum auffällig	18	247 = 21,59 %	36 = 6,58 %	283 = 16,86 %

Tabelle B - S. 2 (kindlicher Erhebungsbogen)

Bezeichnung	Ziffer	Allgemein	Privat	Gesamt
Reifezeichen nicht vorhanden	19	122 = 10,66 %	20 = 3,65 %	142 = 8,46 %
Apgar n. 1 min.				
(1 - 5)	20/21	110 = 9,61 %	28 = 5,19 %	138 = 8,103 %
(6 - 8)	20/21	321 = 28,06 %	114 = 20,84 %	435 = 25,54 %
(9 - 10)	20/21	703 = 61,45 %	402 = 73,49 %	1105 = 64,88 %
Apgar nach 5 min.				
(1 - 5)	22/23	30 = 2,62 %	7 = 1,27 %	37 = 2,17 %
(6 - 8)	22/23	115 = 10,05 %	31 = 5,66 %	146 = 8,57 %
(9 - 10)	22/23	989 = 86,45 %	506 = 92,17 %	1495 = 87,78 %
Apgar nach 10 min.				
(1 - 5)	24/25	7 = 0,611 %	3 = 0,548 %	10 = 0,587 %
(6 - 8)	24/25	44 = 3,84 %	6 = 1,096 %	50 = 2,93 %
(9 - 10)	24/25	1083 = 94,66 %	535 = 97,80 %	1618 = 95,01 %
Blutgasanalyse	26	370 = 32,34 %	119 = 21,75 %	489 = 29,14 %
Pufferung	27	191 = 16,69 %	41 = 7,49 %	232 = 13,82 %
Intubation	28	43 = 3,75 %	5 = 0,91 %	48 = 2,86 %
Infusion	29	168 = 14,68 %	14 = 2,56 %	182 = 10,84 %

Tabelle B - S. 3 (kindlicher Erhebungsbogen)

Bezeichnung	Ziffer	Allgemein	Privat	Gesamt
1. kinderärztl. Untersuchung 1. Tag	30/31	1153 = 100 %	547 = 100 %	100 %
Kind aus Klinik gesund entlassen	32	1015 = 88,72 %	524 = 95,79 %	1539 = 91,01 %
In Geburtsklinik verstorben	33	24 = 2,097 %	8 = 1,46 %	32 = 1,89 %
1. Lebenstag	34/35	12 = 1,048 %	2 = 0,36 %	14 = 0,827 %
2. - 7. Lebenstag	34/35	10 = 0,874 %	6 = 1,09 %	16 = 0,946 %
8. -10. Lebenstag	34/35	2 = 0,174 %	0	2 = 0,118 %
Sektion	36	24 = 2,097 %	8 = 1,46 %	32 = 1,89 %
In Kinderklinik verlegt	37	94 = 8,216 %	12 = 2,193 %	106 = 6,27 %
Kind in Kinderklinik verstorben	40	20 = 1,748 %	4 = 0,731 %	24 = 1,419 %
1. Lebenstag	41/42	2 = 0,174 %	0	2 = 0,118 %
2. - 7. Lebenstag	41/42	13 = 1,136 %	3 = 0,548 %	16 = 0,946 %
8. -10. Lebenstag	41/42	5 = 0,437 %	1 = 0,182 %	6 = 0,354 %

Allgemeinpatientinnen ist die P.L. mit 5,86 % sogar um 2 % höher als bei den Ausländerinnen mit 3,73 %. Auch die P.L. bei ledigen Müttern ist mit 5,65 % deutlich höher als bei verheirateten Müttern mit 4,22 %.

Die P.L. bei den Privatpatientinnen, die alle zur Schwangerschaftsberatung waren, ist mit 2,93 % deutlich niedriger als die der Allgemeinpatientinnen (5,12 %), von denen immerhin noch 5,55 % nicht zur Beratung waren.

In Tabellen 32 - 34 wird, getrennt nach Allgemein- und Privatpatientinnen, die perinatale Letalität der Gesamtzahl der Frauen, der deutschen Frauen und der Gastarbeiterinnen, die

ohne Beratung,

1 bis 10mal in der Poliklinik zur Beratung,

1 bis 10mal außerhalb, d.h. Facharzt oder prakt.Arzt, zur Beratung, in der Poliklinik und außerhalb zur Beratung waren, dargestellt.

Nach den Frauen ohne Beratung, die mit 14 % die höchste perinatale Letalität aufweisen, haben die Frauen, die 1 bis 10mal außerhalb zur Beratung waren, die nächst höhere P.L. zu verzeichnen mit 9 % insgesamt und sogar 12 % bei den deutschen Allgemeinpatientinnen. Die P.L. ist bei diesen Frauen um das 4 bis 5fache höher als bei den Frauen, die 1 bis 10mal in der Poliklinik zur Beratung waren.

Aber auch bei den Gastarbeiterinnen und auch bei den Privatpatientinnen liegt die perinatale Letalität der Frauen, die 1 bis 10mal außerhalb zur Beratung waren, doppelt so hoch wie bei den Frauen, die 1 bis 10mal in der Poliklinik zur Beratung waren.

Deutlich niedriger als die Gesamt-P.L. ist auch die perinatale Letalität bei den Frauen, die in der Poliklinik und außerhalb zur Beratung waren. Die genaue Anzahl der Beratungen konnte aus technischen Gründen bei diesem Schwangerschaftsberatungstyp nicht ermittelt werden.

In den Tabellen 35 - 37 werden die Schwangeren zusammengezählt, die 1 bis 3mal in der Poliklinik und außerhalb zur Beratung waren (ungenügend) sowie die Frauen, die ohne Beratung oder 1 bis 3mal in der Poliklinik oder außerhalb zur Beratung waren (schlecht) und die Frauen, die 4mal in der Poliklinik oder außerhalb betreut wurden (genügend). Die Bezeichnung "genügend" läßt sich natürlich nur aus der Quantität der Beratungen ableiten, denn wie vorher beschrieben, besteht ein großer Unterschied in der perinatalen Letalität von der Quantität der Schwangerenberatung, unabhängig vom Ort der Beratung, ablesen, denn die P.L. der quantitativ genügend beratenen Patientinnen war mit 3,85 % deutlich niedriger als die P.L. bei den quantitativ ungenügend betreuten Patientinnen (5,53 %) und den quantitativ schlecht betreuten Patientinnen mit 7.36 %

Aus den Tabellen 38 - 40 läßt sich ersehen, wo und wie oft die Frauen der verschiedenen sozioökonomischen Strukturen zur Beratung waren, getrennt nach Allgemein- und Privatpatientinnen. Dazu wurde die jeweilige perinatale Letalität berechnet. Es wurde unterschieden zwischen Verheirateten, Ledigen, Primiparae, Multiparae, Frauen unter 15, Frauen zwischen 15 und 25 Jahren, 26 bis 30 Jahren, über 30 Jahre, deutschen Frauen und Gastarbeiterinnen.

Man sieht gravierende Unterschiede, besonders bei Ledigen und Verheirateten. Während nur 2 % der verheirateten

Schwangeren ohne Beratung waren, gingen immerhin 15 % der Ledigen nicht zur Beratung. Über 50 % der Verheirateten waren 4mal und mehr in der Poliklinik zur Beratung, von den Ledigen nur 30 %. Fast doppelt so viel Multiparae waren ohne Beratung wie Primiparae. 15 bis 25jährige Frauen waren wesentlich häufiger ohne Beratung als die Frauen anderer Altersgruppen.

Ohne Beratung waren auch wesentlich mehr Gastarbeiterinnen als deutsche Frauen. Dagegen waren Gastarbeiterinnen wesentlich häufiger in der Poliklinik zur Beratung als deutsche Frauen.

Privatpatientinnen waren alle zur Beratung, davon über 70 % 4mal und mehr in der Poliklinik gegenüber nur 41 % der Allgemeinpatientinnen.

Die verschiedene sozioökonomische Struktur der Privat- und Allgemeinpatientinnen wurde besonders deutlich in dem Verhältnis Verheiratet : Ledige, Verteilung der Altersgruppen und Verhältnis Multiparae : Primiparae. Von den Privatpatientinnen waren nur etwa 1 % ledig, von den Allgemeinpatientinnen fast 20 %; über 26 Jahre waren von den Privatpatientinnen fast 90 %, von den Allgemeinpatientinnen nur 50 %; unter 26 Jahre waren nur 10 % der Privatpatientinnen, dagegen fast 50 % der Allgemeinpatientinnen. Wesentlich mehr Privatpatientinnen waren Multiparae als Allgemeinpatientinnen.

Tabelle 41 gibt eine Übersicht über die perinatale Letalität im Verhältnis zur Anzahl und Ort der Schwangerschaftsberatung bei Allgemein- und Privatpatientinnen getrennt und zusammen, während Tabelle 42 eine Übersicht über die perinatale Letalität der einzelnen sozioökonomischen Strukturen und getrennt nach Allgemein- und Privatpatientinnen gibt.

Tabelle 43 unterscheidet sich von den Tabellen 38 - 40 nur dadurch, daß die Art und der Ort der Schwangerschaftsberatung in die Gruppen ohne Beratung, ungenügend betreut, d.h. 1 bis 3mal betreut, und genügend betreut, d.h. 4mal und mehr betreut, unterteilt wird. In dieser Tabelle wird noch deutlicher dargestellt, wie unterschiedlich die Schwangerschaftsberatungen in den einzelnen sozioökonomischen Strukturen durchgeführt wurden und wie abhängig die perinatale Letalität von der Quantität der Schwangerschaftsberatung ist.

In Tabelle 44 wird analog zur Tabell III c) der Jahre 1963/64 untersucht, wie viele Mütter der im Jahre 1972 gestorbenen Kinder ohne Beratung, ungenügend beraten, genügend beraten oder in der Poliklinik und außerhalb betreut waren. Es wurden wieder die verschiedenen sozioökonomischen Gruppen und Allgemein- und Privatpatientinnen getrennt untersucht.

Hervorzuheben ist hier, daß fast 40 % der ledigen Mütter mit gestorbenen Kindern ohne Beratung waren, und nur 15 % dieser Frauen genügend beraten waren. Von den Müttern mit gestorbenen Kindern zwischen 15 und 25 Jahren waren 23,0 % ohne Beratung und auch nur 38 % genügend beraten.

Insgesamt waren 12 % der Mütter ohne Beratung, 17 % ungenügend beraten und 58 % genügend beraten.

Alle Privatpatientinnen mit gestorbenen Kindern waren beraten, davon fast 70 % genügend betreut.

Aus Tabellen 45 - 47 ersieht man den Anteil der Kinder über 2500 gr, mit Frühgeburten und der Totgeburten bei

Müttern verschiedener sozioökonomischer Struktur, getrennt nach Allgemein- und Privatpatientinnen.

Die meisten Frühgeburten insgesamt hatten ledige Mütter mit fast 15 %, etwa doppelt so viel wie verheiratete Mütter.

Bei den Müttern zwischen 15 und 25 Jahren traten wesentlich mehr Frühgeburten auf als in den beiden anderen Altersgruppen.

Bei den Allgemeinpatientinnen liegt die Prozentzahl der Frühgeburten noch deutlich höher.

Insgesamt hatten Allgemeinpatientinnen mit fast 11 % wesentlich mehr Frühgeburten als Privatpatientinnen (3,66 %).

Die meisten Totgeburten hatten Frauen über 30 Jahre sowohl bei den Allgemein- als auch bei den Privatpatientinnen. Allgemeinpatientinnen hatten doppelt so viel Totgeburten wie Privatpatientinnen.

In Tabelle 48 wird der Anteil der gestorbenen Frühgeburten an der Gesamt-P.L. bei den verschiedenen Frauengruppen ersichtlich.

Von den gestorbenen Kindern lediger Mütter waren 92,30 % Frühgeburten, von den gestorbenen Kindern 15 bis 25jähriger Mütter fast 70 %. Bei über 30jährigen Müttern waren es nur 36 % Frühgeburten. Insgesamt betrug der Anteil der gestorbenen Frühgeburten an der P.L. 50,67 %, bei Allgemeinpatientinnen 56 %, bei Privatpatientinnen nur 31 %.

Den Frühgeburten des Jahres 1972 wird in dieser Tabelle der Anteil der Frühgeburten an der Gesamt-P.L. der Jahre 1963/64 gegenübergestellt.

In den Tabellen 49 - 58 werden die vorausgegangenen Tabellen 45 - 47 aufgegliedert. Man ersieht aus Ihnen noch deutlicher, vor allem in der Gegenüberstellung Allgemein- und Privatpatientinnen und beide zusammen, die Häufigkeit der Kinder über 2500 gr, Frühgeburten und Totgeburten sowie deren jeweilige P.L. in den einzelnen sozioökonomischen Gruppen.

In den Tabellen 59, 61, 62, 64 wird untersucht, welchen Einfluß Anzahl und Ort der Schwangerschaftsberatung bei den verschiedenen sozioökonomischen Schwangerengruppen auf die Frühgeburten- und Totgeburtenhäufigkeit sowie deren perinatale Letalität haben. Es wurden Tabellen angefertigt für Mütter mit Neugeborenen über 2500 gr, Frühgeburten unter 1000 gr, Frühgeburten zwischen 1000 und 2500 gr und Totgeburten.

In diesen Tabellen sind Privat- und Allgemeinpatientinnen zusammengefaßt. In den Tabellen 60, 63, 65 werden die Geburten über 2500 gr, Frühgeburten zwischen 1000 und 2500 gr und Totgeburten auf ihr Vorkommen bei Privat- und Allgemeinpatientinnen untersucht.

Die Tabellen 66 - 69 wurden unter den gleichen soziologischen Gesichtspunkten hergestellt mit dem einzigen Unterschied, daß die Schwangerschaftsberatung aufgeteilt wurde in die Gruppen unbetreut, genügend betreut, schlecht betreut (unbetreut + ungenügend betreut), genügend betreut und in der Poliklinik und außerhalb betreut.

Auch in diesen Tabellen wurden wieder die einzelnen Geburtsgewichtsklassen sowie die Totgeburten getrennt bearbeitet, Privat- und Allgemeinpatientinnen zusammengefaßt.

Von den Frühgeburten zwischen 1000 und 2500 gr waren insgesamt 48 % genügend betreut; ein gravierender Unterschied besteht hier zwischen verheirateten und ledigen Schwangeren. Während 58 % der verheirateten Schwangeren genügend betreut waren, waren es nur 13 % der ledigen Mütter. Von den 15 bis 25jährigen Schwangeren waren nur 38 % genügend beraten, Frauen zwischen 26 bis 30 Jahre und über 30 Jahre waren dagegen 56 % genügend beraten. Primi- und Multiparae waren etwa gleich viel genügend beraten, dagegen waren Gastarbeiterinnen mit Frühgeburten zwischen 1000 und 2500 gr um die Hälfte weniger genügend beraten als deutsche Frauen. Dieser hohe Unterschied zwischen Deutschen und Gastarbeiterinnen kann dadurch erklärt werden, daß in dieser Tabelle Allgemein- und Privatpatientinnen zusammen untersucht wurden. Wie aus früheren Tabellen zu ersehen ist, waren Privatpatientinnen wesentlich besser betreut als Allgemeinpatientinnen und haben erheblich weniger Frühgeburten als Allgemeinpatientinnen.

Aus Tabelle 46 geht hervor, daß Gastarbeiterinnen nur 9 % Frühgeburten haben, deutsche Frauen der Allgemein-klasse dagegen 12 % Frühgeburten. Deutsche Allgemeinpatientinnen mit Frühgeburten sind sogar weniger genügend beraten als Gastarbeiterinnen.

URSACHENANALYSE DER 75 TODESFÄLLE

Wie sich aus der Ursachenanalyse ergibt, befanden sich unter den durch Operation und klinische Behandlung unbeherrschbaren Todesfällen 7 Mißbildungen = 9,33 % von allen 75 gestorbenen Kindern bzw. 22,57 % von den 31 gestorbenen dieser Gruppe.

14 = 18,67 % der perinatalen Todesfälle waren Frühge-

burten unter 1000 gr. Zieht man die Mißbildungen und die Frühgeburten unter 1000 gr von der Gesamtleletalität von 75 ab, so ergibt sich eine perinatale Letalität von $54 = 3,18 \%$, die immer noch deutlich höher liegt als die vergleichbare perinatale Letalität in Bayern mit 23,8 ‰ und der perinatalen Letalität in der Bundesrepublik mit 24,20 ‰ im Jahre 1972.

Unbetreut und ungenügend betreut waren 54,84 % der Mütter dieser Todesfälle, 45,16 % genügend.

1963/64 waren noch 43,10 % der Mütter dieser Todesfälle nicht zur Beratung, nur 26,72 % waren genügend beraten.

Untersucht man die Todesursachen in dieser Gruppe auf ihre Verhütung, so kann man sagen, daß 1972 mit 22,57 % der Gruppe A prozentual wesentlich mehr Mißbildungen vorkamen als 1963/64 mit 12,07 %. Der hydrops fetus universalis trat nur einmal = 1,33 % bzw. 3,29 % der Gruppe A gegenüber 14 = 12,07 % des Jahres 1963/64 auf. Ungeklärte Todesfälle gab es 9 = 12 % aller Todesfälle oder 29,03 % der Gruppe A gegenüber 7 = 6,03 % des Jahres 1963/64. Von den 14 Müttern mit Frühgeburten unter 1000 gr waren 6 = 42,88 % ohne Beratung gegenüber 53,08 % in den Jahren 1963/64. Ein bis dreimal zur Beratung waren 28,57 %, genügend beraten lediglich 28,55 %. Daraus ergibt sich, daß auch 1972 noch 71,45 % der Mütter der Todesfälle der Gruppe A schlecht beraten waren.

Bei den gegenwärtigen diagnostischen Möglichkeiten wären bei einer intensiven Schwangerschaftsberatung sicherlich einige der Kinder vor der Frühgeburt bewahrt worden bei Durchführung der Cerclage und/oder Anwendung der Betamimetika (z.B. Partusisten), wenn man die drohende Frühgeburt rechtzeitig erkannt hätte.

Auch bei den 7 Fällen von Mißbildungen hätte in einem Teil der Fälle durch Anamnese, Ultraschall, Bestimmung der Alpha-Fetoproteine und Chromosomenanalyse ein Teil der mißgebildeten Feoten vor der 18. Schwangerschaftswoche erfaßt werden können.

Ähnlich wie 1963/64 waren 48 % der perinatalen Todesfälle durch Hypoxie bedingt, davon waren 3 = 8,33 % ohne Beratung, 5 = 13,89 % ein bis dreimal zur Beratung (ungenügend) und 28 = 77,78 % viermal und mehr zur Beratung (genügend). Während 1963/64 noch 20 % der Mütter dieser Kinder ohne Beratung waren und 35,20 % genügend beraten wurden, waren 1972 nur 8,33 % unbetreut und immerhin 77,78 % genügend.

Regelwidrigkeiten der Haftfläche der Plazenta und Plazenta praevia sowie vorzeitige Lösung und Uterusanomalien traten 1972 in 8 % der Fälle auf, 7 % davon waren genügend beraten.

Auch bei den Fällen mit Plazentainsuffizienz waren 1972 mehr Frauen genügend zur Beratung als 1963/64. Trotzdem trat die Plazentainsuffizienz mit 27,28 % der Fälle von Hypoxie doch wesentlich häufiger auf als 1963/64, da wegen der verbesserten Diagnostik mehr darauf geachtet wurde.

Die EPH-Gestose betrug immerhin 70 % der 10 Fälle von Plazentainsuffizienz. 1963/64 waren noch 62,5 % unbetreut oder ungenügend betreut, 1972 nur etwa 24 % ohne Betreuung und ungenügend betreut. Den höchsten Anteil an den durch Hypoxie gestorbenen Kindern stellten die Fälle dar, bei denen sich hyaline Membrane bildeten (18,67 % aller 75 gestorbenen Kinder bzw. 38,89 % der an Hypoxie gestorbenen Kinder). Von diesen waren über 28 % der Fälle ungenügend oder unbetreut.

Tabelle C

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1972
URSACHENANALYSE DER 75 TODESFÄLLE

	Gesamt	ohne Beratung	ungenügend z. Beratung	genügend z. Beratung
Gruppe A Todesfälle durch Mißbildungen, Hydrops fet. univ., Frühgeb. unt. 1000 gr, ungeklärte Ursachen	31 = 41,33 %	6 = 19,35 %	11 = 35,48 %	14 = 45,16 %
Gruppe B geburtshilfliche Todesfälle	38 = 50,57 %	3 = 7,89 %	6 = 15,79 %	29 = 76,32 %
Gruppe C pädiatrische Todesfälle	6 = 8,00 %	/	2 = 33,33 %	4 = 66,67 %

ORT UND ZAHL DER SCHWANGERENBERATUNGEN
DER MÜTTER DER 75 GESTORBENEN KINDER

ohne Beratung	1-3x Polikl.	4 x Polikl.	1-3x Facharzt außerhalb	4x Facharzt außerhalb	1-3x prakt. Arzt	4x prakt. Arzt	Poliklinik + außerhalb
9 = 12 %	4 = 5,33 %	18 = 24 %	4 = 5,33 %	15 = 20 %	5 = 6,66 %	11 = 14,67 %	9 = 12 %
22 = 29,33 %		19 = 25,33 %		16 = 21,33 %			

Von den 75 Todesfällen wurden obduziert: 56 = 74,67 %
nicht obduziert: 19 = 25,33 % (davon 14 Frühgeburten unter 1000 gr).

Tabelle D

ZU GRUPPE A :

31 Todesfälle, die mit dem Leben nicht vereinbar sind.

	Gesamt	ohne Beratung	ungenügend z.Beratung	genügend z.Beratung
1.) Mißbildungen	7 = 9,33 %	0	1	6
a) Anencephalus oder andere Hirnmißbildungen	1			
b) Atresien im Herz- u. Gefäßsystem	2			
c) Mehrfachmißbildungen	4	0	1	3
2.) Hydrops fetus universalis	1	0	0	1
3.) Frühgeburten unt. 1000 gr mit Totgeburten	14 = 18,67 %	6	4	4
4.) ungeklärte Todesfälle autoptisch und klinisch neg.	9 = 12,00 %	0	5	4

- 58 -

ZU GRUPPE B :

38 geburtshilfliche Todesfälle

	2 = 5,44 %	3 = 8,33 %	5 = 13,89 %	28 = 77,78 %
1.) Geburtsverletzungen	36 = 48 %	0	1	7
2.) Hypoxie	8 = 22,22 %	1	1	8
a) Ursache Plazenta, Uterus, NS	10 = 47,78 %	1	1	5
b) Plazentainsuffizienz	7 = 70,00 %	1	1	
aa) EPH-Gestose	2 = 20,00 %			
bb) Übertragung	1 = 10,00 %			
cc) unbekannte Genese				

Tabelle D, zu Gruppe B - S. 2

	Gesamt	ohne Beratung	ungenügen z.Beratung	genügend z.Beratung
c) NS-Komplikation (NS-Vorfall)	1 = 2,77 %			
d) Hyaline Membrane	14 = 18,67 %	2	2	10
e) Erkrankungen der Mutter	4			
aa) Toxoplasm., Listeriose	2			
bb) Diabetes mellitus	2			

ZU GRUPPE C :

<u>6 pädiatrische Ursachen</u>	
1.) Postpartal erworbene Erkrankungen	4
2.) Blutgruppeninkompatibilität	1
3.) Spätblutung	1

Teil III (Tabelle 70 - 81)

In diesem Teil werden die gemeinsamen Daten der Tabellen 1963/64 und 1972 verglichen. Es sei daran erinnert, daß bis zum 31.12.1965 die gesetzlichen Krankenkassen eine Bezahlung prophylaktischer Untersuchungen, in diesem Falle der Schwangerenberatungen, ablehnte und daß die ärztliche Schwangerenberatung bis dahin an den Idealismus freipraktizierender Ärzte und Geburtshelfer sowie an die von Städten und Ländern unterhaltenen Beratungsstellen gebunden waren. Erst nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassenüber die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung vom 8.12.1965, in Kraft getreten am 1.1.1966, verpflichteten sich die Krankenkassen, die Schwangerenberatung zu bezahlen. Hierdurch wurde den Schwangeren die Möglichkeit gegeben, sich mindestens 10mal während der Schwangerschaft einer Schwangerenberatung zu unterziehen. Daher ist der Vergleich der Jahre 1963/64 also etwa 1 Jahr vor Inkrafttreten der Richtlinien, mit dem Jahre 1972, d.h. 7 Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinien, angebracht, um zu sehen, inwieweit die Schwangeren, die an der I. Universitätsfrauenklinik München entbunden haben, von dieser Möglichkeit der bezahlten Schwangerschaftsberatung Gebrauch machten oder ob ungenügende Aufklärung der Bevölkerung auf dem Gebiet der Physiologie und Pathologie der Fortpflanzung und auch der Möglichkeiten der Schwangerschaftsberatung dazu führten, daß die Schwangerenberatung nicht genügend ausgenützt wurde.

Da Teil I. und Teil II. zu verschiedenen Zeiten bearbeitet wurden und insbesondere der Teil II im Jahre 1972 aufgrund eines besonderen Erhebungsbogen bearbeitet wurde, können nicht alle Tabellen miteinander verglichen werden. Es werden daher nur die Tabellen verglichen, in denen in beiden Teilen alle Schwangeren und

die perinatalen Todesfälle erfaßt wurden.

In Teil I. wurden ab Tabelle III nur die perinatalen Todesfälle erfaßt.

In den Jahren 1963/64 gab es an der I. Uni-Frauenklinik München 5454 Entbindungen, davon 78,95 % Allgemein- und 21,05 % Privatpatientinnen.

1972 wurden, wie im ganzen Bundesgebiet, weit weniger Entbindungen an der I. Universitätsfrauenklinik registriert, nämlich 1700, wovon allein 32,18 % Privatentbindungen waren. Die perinatale Letalität verbesserte sich von 4,82 % in den Jahren 1963/64 auf 4,41 % im Jahre 1972, die p.L. bei den Allgemeinpatientinnen sank von 5,57 % auf 5,12 %, während bei den Privatpatientinnen die p.L. von 2,0 auf 2,92 % anstieg, wohl dadurch bedingt, daß im Jahre 1972 weitaus mehr Privatentbindungen an der I. Universitätsfrauenklinik stattfanden (32,18 %) gegenüber 21,05 % 1963/64) und der Zunahme der Risikoschwangerschaften und Risikoentbindungen, die sich auf die I. Uni-Frauenklinik München konzentrierten.

Ohne Schwangerschaftsberatung waren 1963/64 noch 8,92 % der Schwangeren mit einer P.L. von 16,63 %, während 1972 nur 3,76 % der Schwangeren ohne Beratung waren mit einer P.L. von 14,06 %. Bei den Allgemeinpatientinnen waren 1963/64 sogar 10,47 % ohne Beratung, 1972 5,55 %. Von den Privatpatientinnen waren 1963/64 3,14 % ohne Beratung, während 1972 alle Frauen zur Beratung waren.

Ungewöhnlich hoch ist die Anzahl der ledigen Frauen 1963/64 und 1972 mit 19,82 % bzw. 13,53 % insgesamt und sogar 24,73 % und 19,34 % bei den Allgemeinpatientinnen. Die P.L. ist in beiden Vergleichsgruppen deutlich höher

als die Durchschnittss-P.L.. (6,45 % und 5,65 %). 18,34 % der ledigen Schwangeren waren 1963/64 und 15,21 % 1972 nicht zur Beratung, d.h. 1963/64 waren doppelt so viel ledige Schwangere und 1972 etwa 4mal so viel ledige Schwangere nicht zur Beratung wie der Durchschnitt der Frauen ohne Beratung. Die Anzahl der verheirateten Frauen ohne Beratung sank von 6,59 % im Jahre 1963/64 auf 1,97 %. Das Verhältnis Primiparae : Multiparae ohne Schwangerschaftsberatung liegt in den Jahren 1963/64 und 1972 gleich, sank jedoch insgesamt von 6,30 : 11,14 % auf 2,94 % : 4,58 %.

1963/64 starben etwa gleich viel Foeten ante- oder subpartal insgesamt sowie bei den Allgemeinpatientinnen (1,52 % / 1,86 % : 1,47 % / 1,73 %).

Bei den Privatpatientinnen starben 1963/64 lediglich 0,26 % gegenüber 0,91 % 1972 ante- oder subpartal ab. Bezogen auf die 263 bzw. 75 perinatal gestorbenen Kinder erhöhte sich die Prozentzahl der intrauterin gestorbenen Kinder von 13,04 % auf 31,25 %. Dies dürfte wiederum auf die deutliche Zunahme der Privatentbindungen 1972 zurückzuführen sein und auf die Tatsache, daß 1972 insgesamt 89,58 % der Frauen über 26 Jahre alt waren. Die postpartale P.L. sank von insgesamt 3,30 % auf 2,94 %, bei den Allgemeinpatientinnen von 3,73 % auf 3,38 % im Jahre 1972, bei den Privatpatientinnen stieg die postpartale P.L. von 1,40 % auf 2,01 % 1972 an. Auch dies dürfte wiederum auf die o.g. Gründe zurückzuführen sein. Bezogen auf die 263 bzw. 75 perinatal gestorbenen Kinder sieht das Verhältnis etwas anders aus: Während 1963/64 von 263 Kindern der Privatpatientinnen 86,94 % postpartal starben, starben 1972 lediglich 68,75 % postpartal auf Grund der deutlich gegenüber 1963/64 erhöhten Anzahl der intrauterin gestorbenen Kinder.

1972 starben von den Kindern mit Geburtsgewicht über 2500 gr insgesamt fast doppelt soviel wie 1963/64 (0,71 % : 0,37 %). Bei den Allgemeinpatientinnen 0,52 % : 0,39 %, bei den Privatpatientinnen mit 1,09 % fast viermal soviel wie 1963/64 mit 0,26 %. Auch bezogen auf die 75 bzw. 263 perinatal gestorbenen Kinder ergibt sich das gleiche Verhältnis. 1972 hatten 16,0 % aller gestorbenen Kinder ein Geburtsgewicht über 2500 gr, mehr als doppelt soviel wie 1963/64 mit 7,61 %, bei den Privatpatientinnen betrug 1972 der Prozentsatz der gestorbenen Kinder über 2500 gr 37,50 %, etwa dreimal soviel wie 1963/64 mit 13,04 %.

Eine wesentliche Verbesserung der perinatalen Letalität trat bei Frühgeburten unter 1000 gr auf. 1963/64 betrug der Prozentsatz der gestorbenen Frühgeburten unter 1000 gr insgesamt 1,49 %, bei Allgemeinpatientinnen 1,69 %, bei Privatpatientinnen 0,70 %, 1972 nur noch 0,59 % bzw. 0,78 % und 0,18 %, es trat also eine zweibis vierfache Abnahme der perinatalen Letalität ein. Auf alle 263 bzw. 75 gestorbenen Kinder bezogen betrug der Prozentsatz 1963/64 noch 30,79 % bzw. 30,42 % und 34,78 % gegenüber 1972 nur 13,33 % bzw. 15,25 % und 6,25 %.

Die Anzahl der p.gestorbenen Frühgeburten über 1000 gr stieg 1972 etwas an mit 1,65 % insgesamt und 2,08 % bei Allgemein- und 0,73 % bei den Privatpatientinnen gegenüber 1,45 % bzw. 1,65 % und 0,70 % 1963/64. Auch auf alle gestorbenen Kinder bezogen liegt der Prozentsatz 1972 mit 30,33 % bzw. 40,68 % bei den Allgemeinpatientinnen höher als 1963/64, lediglich bei den Privatpatientinnen ist 1972 eine geringere Prozentzahl (25 %) der gestorbenen Frühgeburten über 1000 gr zu registrieren als 1963/64 mit 34,78 %.

Zieht man jedoch gestorbene Frühgeburten unter und über

1000 gr zusammen, so ergibt sich eine deutliche Abnahme der Frühgeburtsterblichkeit überhaupt: 1963/64 waren noch 60,84 % aller perinatalen Todesfälle Frühgeburten, während es 1972 nur noch 50,67 % waren. Bezogen auf alle Geburten betrug die Frühgeburten-p.L. 1963/64 2,94 % gegenüber 2,24 % im Jahre 1972. Bei den Allgemeinpatientinnen sank die p.L. von 3,34 % auf 2,86 % und bei den Privatpatientinnen von 1,40 % auf 0,91 %. Am auffälligsten sank die Frühgeburten-p.L. bei den Privatpatientinnen von 69,57 % im Jahre 1963/64 auf 31,25 % im Jahre 1972. Die Abnahme der Frühgeburtensterblichkeit wurde nur erreicht durch die fast 3fache Senkung der Frühgeburtenhäufigkeit unter 1000 gr, obwohl die Frühgeburtensterblichkeit der Frühgeburten über 1000 gr geringfügig zunahm.

Bei den ledigen Schwangeren betrug der Anteil der gestorbenen Frühgeburten an der Gesamt-p.L. der ledigen Mütter 92,30 % im Jahre 1972 und 70 % im Jahre 1963/64. Bei den Frauen zwischen 15 und 25 Jahren starben im Jahre 1972 69,23 % und 1963/64 69,30 % als Frühgeburten. Die geringste Frühgeburtensterblichkeit trat bei den Frauen über 30 Jahre auf mit 35,48 % im Jahre 1972 und 50 % im Jahre 1963/64. 1963/64 und 1972 wurden gleichviel Kinder über 2500 gr (89,55 % bzw. 89,94 %) geboren, 1972 war jedoch die p.L. in dieser Gewichtsgruppe mit 0,78 % fast doppelt so hoch wie 1963/64 mit 0,41 %.

Frühgeburten unter 1000 gr gab es 1963/64 93 = 1,71 % mit einer P.L. von 87,10 %, 1972 gab es nur 11 Frühgeburten unter 1000 gr = 0,65 %, etwa ein Drittel wie 1963/64 die p.L. war mit 90,91 % geringfügig höher. Auch Frühgeburten über 1000 gr traten im Jahre 1972 mit 135 = 7,94 % deutlich weniger auf als 1963/64 mit 516 = 9,46 %, die p.L. dieser Frühgeburten war jedoch 1972 mit 20,74 % deutlich höher als 1963/64 mit 15,31 %. Während 1963/64 noch 609 = 11,17 % aller geborenen Kinder

Frühgeburten waren, traten im Jahre 1972 nur 146 = 8,59 % Frühgeburten insgesamt auf. Die p.L. sank 1972 nur geringfügig auf 26,02 % von 26,67 % im Jahre 1963/64.

Zusammenfassend kann im Zusammenhang mit der Frühgeburt gesagt werden, daß die Frühgeburtenrate insgesamt deutlich absank von 11,17 % auf 8,59 % im Jahre 1972, besonders wegen der sehr starken Abnahme der Frühgeburten unter 1000 gr von 93 = 1,71 % auf 11 = 0,65 % im Jahre 1972. Besonders deutlich senkte sich der Anteil der Frühgeburten an der Gesamtlethalität von 60,84 % im Jahre 1963/64 auf 50,67 % im Jahre 1972.

ANZAHL DER SCHWANGERENBERATUNGEN IM VERHÄLTNIS ZUR PERINATALEN LETALITÄT

1963/64 waren noch 8,9 % der Allgemein- und Privatpatientinnen zusammen ohne Schwangerschaftsberatung, 1972 nur 3,76 %. Die perinatale Letalität war mit 16,63 % bzw. 14,06 % am höchsten von allen Beratungsgruppen.

Die Anzahl der Frauen, die ein bis dreimal in der Poliklinik zur Beratung waren, sank von 22,86 % im Jahre 1963/64 auf nur 7,94 % im Jahre 1972 bei einer P.L. von 2,97 % bzw. 2,96 %.

Viermal und mehr zur Beratung in der Poliklinik waren 1963/64 nur 31,59 % bei einer P.L. von 2,09 %, im Jahre 1972 jedoch 50,71 %, ebenfalls mit einer P.L. von 2,09 %.

16,55 % der Frauen waren 1963/64 noch ein bis dreimal außerhalb zur Beratung. Die P.L. war mit 6,79 % bzw. 9,00 % sehr hoch in dieser Beratungsgruppe. Viermal und mehr außerhalb zur Beratung waren 1963/64 20,00 % der Frauen, 1972 16,47 %. In dieser Beratungsgruppe stieg die P.L. von 4,21 % in den Jahren 1963/64 auf 9,29 % im Jahre 1972 an.

Die niedrigste P.L. sah man bei den Frauen, die ein-bis dreimal bzw. 4mal und mehr in der Poliklinik der Frauenklinik zur Beratung waren, die höchste P.L. bei den Frauen ohne Beratung, gefolgt von den Frauen, die ein-bis dreimal außerhalb und viermal und mehr außerhalb zur Beratung waren.

Die P.L. bei den Frauen mit Beratungen außerhalb der Klinik, also bei praktischen Ärzten und Fachärzten außerhalb der Klinik war mit 9,29 % bzw. 9 % im Jahre 1972 erschreckend hoch, so daß also ernste Zweifel an der Qualität der Schwangerschaftsberatungen in der freien Praxis, auch wenn vier und mehr Beratungen stattfanden, geäußert werden müssen. Die perinatale Letalität sank im Jahre 1972 bei den Frauen, die öfters in der Poliklinik und außerhalb zur Beratung waren, auf 3,47 %. Daraus muß man schließen, daß die Beratungen in der Poliklinik allein zu der relativ niedrigen perinatalen Letalität, die noch deutlich unter der Gesamt-perinatalen Letalität liegt, führten.

1963/64 waren sogar 10,47 % der Allgemeinpatientinnen nicht zur Beratung und nur 26,92 % viermal und mehr zur Beratung in der Poliklinik.

Die P.L. der Frauen ohne Beratung war mit 17,52 % extrem hoch, die P.L. bei den wenigen Frauen mit 4 und mehr Beratungen in der Poliklinik mit 1,81 % am niedrigsten. Auch 1972 waren wesentlich mehr Allgemeinpatientinnen ohne Beratung (5,55 %) und wesentlich weniger Patientinnen viermal und mehr zur Beratung in der Poliklinik zur Beratung (41,54 %). Die höchste P.L. sah man auch bei den Allgemeinpatientinnen, die außerhalb zur Beratung waren.

Von den Privatpatientinnen waren schon 1963/64 nur 3,14 % der Patientinnen ohne Beratung mit einer P.L. von 5,55 %,

1972 waren alle Privatpatientinnen zur Beratung. 70,02 % aller Privatpatientinnen waren viermal und mehr und nur 9,32 % ein- bis dreimal in der Poliklinik zur Beratung, während noch 1963/64 nur 49,13 % viermal und mehr und noch 32,49 % ein- bis dreimal in der Poliklinik waren.

Betrachtet man das Verhältnis zur Schwangerenberatung zur perinatalen Letalität unter den Gesichtspunkten "ohne Beratung, ungenügende Beratung, genügende Beratung", so ergeben sich zwischen 1963/64 und 1972 folgende Unterschiede:

Die Anzahl der Frauen ohne Beratung sank 1972 auf 3,76 ab, die Anzahl der Frauen, die ungenügend beraten waren (1- bis 3mal in der Poliklinik und außerhalb) sank von 39,42 % auf 13,82 %, genügend beraten waren 1972 68,18 % gegenüber 51,16 % in den Jahren 1963/64, wobei zu berücksichtigen ist, daß bei dieser Untersuchung nur die Quantität und nicht die Qualität der Untersuchungen beachtet wurde.

Die Tabellen zuvor hatten gezeigt, daß auch mehr als 4 Schwangerenberatungen außerhalb der Poliklinik nicht zu einer Senkung der P.L. führten. Dies wird besonders deutlich an den folgenden Zahlen:

1- bis 10mal in der Poliklinik waren 1963/64 54,45 % aller Schwangeren mit einer P.L. von 2,46 %,

1- bis 10mal außerhalb zur Beratung waren 1963/64 noch 36,61 % mit einer P.L. von 5,45 %.

1972 waren dagegen 1- bis 10mal in der Poliklinik zur Beratung 58,65 % bei einer P.L. von 2,21 % und

1- bis 10mal außerhalb zur Beratung waren 22,35 % bei einer P.L. von 9,21 %.

Frauen, die 1972 öfters in der Poliklinik und außerhalb zur Beratung waren, hatten nur eine P.L. von 3,47 %.

Der Unterschied der perinatalen Letalität von 2,21 % der Frauen, die ein bis zehnmal in der Poliklinik zur

Beratung waren und der P.L. von 9,21 % der Frauen, die ein bis zehnmal außerhalb zur Beratung waren, läßt wohl eindeutig auf die Qualität der Schwangerschaftsberatung schließen. Dieser Unterschied in der perinatalen Letalität ist 1963/64 nicht ganz so deutlich, aber immerhin war die P.L. bei den Frauen, die ein bis zehnmal außerhalb zur Beratung waren mit 5,45 % um 100 % höher als bei den Frauen, die ein bis zehnmal in der Poliklinik zur Beratung waren.

Am meisten 1 bis 10mal in der Poliklinik zur Beratung waren 1963/64 wie auch 1972 Privatpatientinnen mit 89,62 % bzw. 79,34 %. Allgemeinpatientinnen waren mit 47,21 % bzw. 48,83 % wesentlich weniger 1 bis 10mal in der Poliklinik zur Beratung, dagegen wesentlich häufiger 1 bis 10mal außerhalb der Poliklinik zur Beratung (42,31 % bzw. 28,36 %). Die perinatale Letalität ist bei den Allgemeinpatientinnen mit 1 bis 10 Beratungen außerhalb mit 5,92 % bzw. 9,79 % auch deutlich höher als bei den Allgemeinpatientinnen mit 1 bis 10 Beratungen in der Poliklinik. (2,61 % : 2,12 %)

VERHÄLTNIS DER SCHWANGERENBERATUNG ZUR PERINATALEN LETALITÄT BEI DEN FRAUEN MIT PERINATAL GESTORBENEN KINDERN 1963/64 UND 1972

1963/64 starben insgesamt in der I. Uni-Frauenklinik München 263 Kinder, 1972 75 Kinder.

Von den Müttern dieser Kinder waren 1963/64 (Allgemein- und Privatpatientinnen zusammen) 30,79 % ohne Beratung, 1972 nur 12 % ohne Beratung.

Ungenügend betreut waren 38,02 % : 17,33 %, dagegen nur 31,18 % genügend betreut 1963/64 : 58,66 % 1972. Von den Privatpatientinnen waren in den beiden Vergleichsjahren nahezu gleichviele Frauen genügend betreut (69,57 % : 68,75 %).

1963/64 und 1972 waren ledige Mütter am meisten ohne Betreuung (45,71 % : 38,46 %). Die ledigen Mütter waren auch in beiden Vergleichsjahren am meisten ungenügend betreut mit 35,71 % : 30,77 %.

Dagegen waren die wenigsten ledigen Mütter genügend betreut (18,57 % : 15,38 %).

1963/64 waren noch 25,39 % der Mütter gestorbener Kinder unbetreut, 1972 nur noch 6,45 %.

Ungenügend betreut waren 1963/64 38,86 % der verheirateten Mütter, 1972 nur 14,52 %.

Genügend betreut waren 1963/64 35,75 % und 1972 immerhin 67,74 %.

1963/64 waren nur 25,90 % der Multiparae genügend betreut gegenüber 64,10 % 1972.

Die Primiparae waren 1963/64 mit 37,10 % : 25,50 % mehr genügend betreut, im Jahre 1972 mit 52,78 % : 64,10 % jedoch weniger als die Multiparae genügend betreut.

Frauen zwischen 15 und 25 Jahren waren 1963/64 in 36,84 % der Fälle unbetreut, 1972 waren immerhin noch 23,08 % der Frauen zwischen 15 und 25 Jahren unbetreut. 1963/64 waren nur 28,95 % dieser Frauen genügend betreut, 1972 38,46 %. In beiden Vergleichsjahren sind die Frauen dieser Altersgruppe am wenigsten genügend betreut.

Am meisten genügend betreut waren 1963/64 und 1972 die Frauen über 30 Jahre mit 33,33 % bzw. 67,74 %.

Frauen zwischen 26 und 30 Jahren und über 30 Jahre waren 1963/64 und 1972 wesentlich häufiger zur Schwangerschaftsberatung als die Frauen zwischen 15 und 25 Jahren gewesen.

Von den 12 gestorbenen Kindern mit Geburtsgewicht über 2500 gr 1972 = 0,78 % waren 2 Mütter ungenügend betreut, 8 genügend und 2 in der Poliklinik und außerhalb öfters betreut.

1963/64 waren 4 = 20 % unbetreut, 6 = 30 % ungenügend betreut und 10 = 50 % genügend betreut.

Von den 10 Müttern, deren Frühgeburten unter 1000 gr starben waren 1972 6 = 60 % unbetreut, 4 = 40 % ungenügend betreut. Keine Mutter war genügend betreut. 1963/64 waren 53,09 % unbetreut und 25,93 % ungenügend betreut, immerhin 20,99 % genügend betreut.

Es ist eine erfreuliche Abnahme der Frühgeburten unter 1000 gr von 1,71 % 1963/64 auf 0,65 % im Jahre 1972 zu verzeichnen. Die perinatale Letalität der Frühgeburten unter 1000 gr sank von 1,49 % auf 0,59 %.

1972 waren nur 7,14 % der Frauen mit gestorbenen Frühgeburten über 1000 gr unbetreut, 21,43 % ungenügend betreut, dagegen 64,29 % der Frauen genügend betreut. 1963/64 waren dagegen noch 24,05 % der Frauen mit gestorbenen Frühgeburten über 1000 gr unbetreut, 46,84 % ungenügend betreut, zusammen unbetreut und ungenügend betreut 70,88 %. Nur 29,12 % der Frauen waren genügend betreut. Der Anteil der gestorbenen Frühgeburten an der Gesamt-P.L. stieg von 30,04 % auf 37,33 %, aber Abnahme der Frühgeburten von 9,46 % auf 7,94 %.

Der Anteil der gestorbenen Frühgeburten unter 1000 gr sank von 30,80 % auf 13,33 % der Gesamt-P.L. ab.

Von den ledigen Müttern der Frühgeburten über 1000 gr waren immerhin noch 12,5 % unbetreut, 37,5 % ungenügend betreut, zusammen ungenügend betreut und unbetreut 50 %, nur 25 % genügend betreut sowie 25 % in der Poliklinik und außerhalb öfters betreut.

Der Anteil der gestorbenen Frühgeburten an der P.L. bei ledigen Müttern beträgt immer noch 26,67 %.

1963/64 waren 42,11 % der ledigen Mütter mit gestorbenen Frühgeburten über 1000 gr unbetreut, 52,63 % ungenügend betreut und 94,74 % unbetreut und ungenügend betreut zusammen. Nur 5,26 % der ledigen Mütter mit gestorbenen Frühgeburten über 1000 gr waren genügend betreut.

Antepartal und subpartal starben 1972 1,47 % aller Kinder gegenüber 1,52 % 1963/64. Der Anteil der intrauterin abgestorbenen Kinder an der Gesamt-PL war 1972 mit 33,33 % etwas höher als 1963/64 mit 31,56 %.

Unbetreut waren 1972 4 % der Mütter, ungenügend betreut ebenfalls 4 %, genügend betreut 72 %, in der Poliklinik und außerhalb öfters zur Beratung waren 20 % der Mütter mit intrauterinem Fruchttod.

1963/64 waren dagegen noch 20,48 % der Mütter unbetreut, 42,17 % ungenügend betreut, zusammen ungenügend betreut und unbetreut sogar 62,65 %.

Nur 37,35 % der Mütter mit intrauterinem Fruchttod waren genügend betreut. Man sieht, daß der intrauterine Fruchttod 1972 trotz der wesentlich verbesserten Betreuung (genügend betreut 72 %) nicht abgesunken ist gegenüber 1963/64, im Gegenteil sogar von 31,56 % auf 33,33 % zugenommen hat.

1972 waren nur 8 % unbetreut oder ungenügend betreut gegenüber 1963/64, wo noch 62,65 % der Frauen ungenügend betreut waren. Die gleichbleibende Anzahl von intrauterinem Fruchttod trotz wesentlicher verbesserter Schwangerschaftsberatung dürfte an der sehr hohen Anzahl der Risikoschwangerschaften und -geburten an der 1. Universitätsfrauenklinik München liegen. Die meisten intrauterin abgestorbenen Kinder traten auf bei Frauen über 30 Jahre sowohl 1972 (56 %) als auch 1963/64 (40,96 %). Während 1963/64 noch 36,14 % der Fälle von intrauterinem Fruchttod bei Frauen von 15 bis 25 Jahren auftrat, waren es 1972 nur noch 20 % in dieser Altersgruppe. Bei Frauen zwischen 26 und 30 Jahren blieb der Prozentsatz des intrauterinen Fruchttods gleich (24 % : 22,89 %). 1963/64 waren 74,70 % der intrauterin abgestorbenen Kinder bereits außerhalb vor Einweisung in die Geburtsklinik abgestorben, im Jahre 1972 sogar 80 %.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die wesentlich verbesserte Schwangerenberatung und die Zunahme der Schwangerenberatungen 1972 zu einer deutlichen Verminderung der Frühgeburten unter 1000 gr von 1,71 % auf 0,65 % aller Geburten führte und der Prozentsatz der gestorbenen Frühgeburten unter 1000 gr von 1,49 % auf 0,59 % sank. Der Anteil der Frühgeburten unter 1000 gr an der Gesamt-PL sank von 30,79 % auf 13,33 % im Jahre 1972. Die Frühgeburtenhäufigkeit über 1000 gr wurde von 9,46 % auf 7,94 % im Jahre 1972 gesenkt, aber der Anteil der gestorbenen Frühgeburten über 1000 gr an der Gesamt-PL stieg von 30,10 % auf 37,33 %.

Von den 516 Frühgeburten unter 1000 gr des Jahres 1963/64 (9,46 %) starben 79 = 15,31 %, während 1972 von 135 = 7,94 % Frühgeburten über 1000 gr 20,74 % starben, also etwa 5 % mehr. Insgesamt gab es 609 Frühgeburten unter und über 1000 gr = 11,17 % in den Jahren 1963/64 mit einer P.L. von 26,67 % gegenüber 146 = 8,59 % mit einer P.L. von 26,02 %, Allgemeinpatientinnen hatten 10,93 % Frühgeburten, Privatpatientinnen dagegen nur 3,66 %. Der Anteil der Frühgeburten unter und über 1000 gr an der Gesamt-PL sank von 60,84 % auf 50,67 % im Jahre 1972 ab. Die Senkung des Anteils der Frühgeburten an der P.L. ist allein auf die Senkung der Frühgeburtensterblichkeit unter 1000 gr zurückzuführen.

1963/64 und 1972 waren fast 90 % aller Geburten ausgetragen, d.h. mit einem Geburtsgewicht über 2500 gr, die P.L. dieser Gewichtsklasse stieg von 0,41 % auf 0,78 % bzw. 7,61 % auf 16 % an. Die Verhütung der Frühgeburten unter 1000 gr und die deutliche Senkung der Frühgeburten über 1000 gr, trotz ansteigender P.L. bei diesen Frühgeburten, könnte dazu geführt haben, daß relativ mehr Kinder über 2500 gr mit perinatalen Schäden geboren sind und daher die perinatale Letalität bei den Kindern über 2500 gr höher ist als 1963.64

VERGLEICH DER TODESURSACHEN 1963/64 UND 1972

Unbeherrschbare Todesfälle, d.h. Todesfälle durch Mißbildungen, Hydrops fetus universalis bei Rh-Inkompatibilität, Kinder mit Geburtsgewicht von 1000 gr und weniger und ungeklärte Todesfälle sind nahezu gleich aufgetreten (44,11 % : 41,33 %). Auffallend ist, daß 1963/64 43,10 % der Mütter von diesen gestorbenen Kindern ohne Beratung waren, dagegen 1972 nur 19,35 %. Viermal und öfters zur Beratung waren 1963/64 nur 26,72 %, 1972 aber 45,16 %. Obwohl sich die Schwangerenberatung bei diesen Todesfällen wesentlich verbessert hat, war im Endergebnis die perinatale Letalität bei diesen Todesfällen gleich.

Auch die geburtshilflichen Todesfälle ereigneten sich 1963/64 und 1972 nahezu gleich (48,29 % : 50,67 %). Hier ist auffallend, daß trotz wesentlich verbesserter Schwangerenberatung das Gesamtergebnis gleichbleibt. 1963/64 waren von den Müttern mit geburtshilflichen Todesfällen 20,47 %, 1972 nur 7,89 % ohne Beratung, dagegen viermal und mehr zur Beratung 1963/64 nur 34,65 % gegenüber 76,32 % im Jahre 1972.

Die pädiatrischen Todesfälle traten in beiden Vergleichsjahren ebenfalls gleich oft auf (7,60 % : 8,00 %). Auch hier sieht man eine deutliche Abnahme der Mütter ohne Beratung, dagegen eine deutliche Zunahme der Frauen mit Beratung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß trotz Verbesserung der Schwangerenvorsorge die Anzahl der unbeherrschbaren, geburtshilflichen und pädiatrischen Todesfälle konstant blieb. Auffallend ist, daß 1963/64 2,23mal soviel Frauen mit unbeherrschbaren Todesfällen ohne Beratung waren wie 1972, bei den geburtshilflichen Todesfällen waren sogar 2,59mal soviel Frauen wie 1972 ohne Beratung. Dagegen waren 1972 1,69mal soviel Frauen

viermal und mehr zur Beratung wie 1963/64, bei den geburtshilflichen Fällen sogar 2,20mal soviel Frauen viermal und mehr zur Beratung wie 1963/64. Bei den pädiatrischen Todesfällen waren 1972 1,90mal soviel Frauen wie 1963/64 und mehr zur Beratung.

An erster Stelle der Todesursachen stehen 1963/64 und auch 1972 die Hypoxie mit 47,53 % bzw. 48 %.

An zweiter Stelle stehen die Kinder unter 1000 gr, wobei 1963/64 die Totgeburten unter 1000 gr nicht mitgezählt wurden. Dabei zeigt sich, daß 1963/64 immerhin 30,8 % Kinder unter 1000 gr starben, während 1972 nur 14 = 18,87 % starben, wobei die Totgeburten unter 1000 gr mitgezählt wurden.

Ebenfalls an 2. Stelle steht 1972 mit 14 = 18,67 % der Fälle die Todesursache hyaline Membrane. Diese Todesursache steht 1963/64 erst an 8. Stelle mit 5,70 %.

Regelwidrige Plazenta steht 1963/64 an 4. Stelle mit 9,89 %, 1972 an 5. Stelle mit 10,67 %.

1972 werden wesentlich mehr Fälle mit Plazentainsuffizienz beobachtet (13,33 %) gegenüber 1963/64 mit 8,37 %. Ungeklärte Ursachen wurden 1972 in 12 % der Fälle beobachtet, 1963/64 nur in 2,66 %.

Erkrankungen der Mutter stehen 1972 an 7. Stelle mit 5,33 %, 1963/64 ebenfalls an 7. Stelle mit 6,08 %.

Mißbildungen traten 1972 in 9,33 % der Fälle auf, während 1963/64 nur 5,33 % der Kinder an Mißbildungen starben.

Der Hydrops fetus universalis trat 1963/64 immerhin noch 5,33 % der Fälle auf, während 1972 kein derartiger Fall mehr registriert wurde. Es wurden 1972 lediglich noch 1,33 % Rh-Inkompatibilitäten ohne Hydrops fetus universalis bemerkt. Die EPH-Gestose trat 1972 in 9,33 % der Fälle auf, dagegen 1963/64 nur in 6,08 %. Die übrigen Todesursachen und vor allem die Häufigkeit der Schwangerschaftsberatung bei den einzelnen Frauen mit diesen Todesfällen ist aus der entsprechenden Tabelle zu entnehmen.

Auffallend ist, daß die Hypoxie weiterhin an 1. Stelle der Todesursachen steht, an 2. Stelle die Kinder unter 1000 gr. Die Mißbildungen haben 1972 deutlich zugenommen, von 5,33 % auf 9,33 % (auch die EPH-Gestose als Todesursache nahm zu von 6,08 % auf 9,33 %). Die Todesursache Hydrops fetus universalis nahm 1972 sehr stark ab, auch die Erkrankung der Mutter als Todesursache nahm ab von 6,08 % auf 5,33 %. Bemerkenswert ist, daß die Todesursache Hypoxie 1963/64 und 1972 gleich blieb, obwohl 1972 über zweimal soviel Prozent der Frauen viermal und mehr zur Schwangerenberatung waren, dagegen über zweimal weniger ohne Beratung waren.

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN
AUFGLIEDERUNG DER TODESFÄLLE NACH URSACHEN — VERGLEICH 1963/64 : 1972

	<u>unbeherrschbar</u>		<u>geburtshilflich</u>		<u>pädiatrisch</u>		<u>gesamt</u>
	1963/64	1972	1963/64	1972	1963/64	1972	1963/64 1972
ohne Beratung	50=43,10 %	6=19,35 %	26=20,47 %	3= 7,89 %	5=25 %	0=0	81=30,80 % 9=12 %
1 — 3mal zur Beratung	35=30,17 %	11=35,48%	57=44,88 %	6=15,79 %	8=40 %	2=33,33 %	100=38,02 % 19=25,33 %
4mal und mehr zur Beratung	31=26,72 %	14=45,16 %	44=34,65 %	29=76,32 %	7=35 %	4=66,67 %	82=31,20 % 47=62,67 %
Gesamt	116=44,11 %	31=41,33 %	127=48,29 %	38=50,67 %	20=7,60 %	6= 8,00 %	263 75

I. UNIVERSITÄTSFRAUKENKLINIK MÜNCHEN
AUFGLIEDERUNG DER TODESURSACHEN 1963/64 : 1972

Ursache	1963/64		1972	
	Gesamt	ohne B. 1-3xB. 4x u.m.B.	Gesamt	ohne B. 1-3xB. 4x u.m.B.
1) Hypoxie	125=47,53% 22,92%o	20%	36=48% 21,17%o	8,33% 13,89% 77,78%
2) Kinder unt. 1000 gr (ohne Totg.)	81=30,80% 14,85 %o	53,08%	14=18,67% 8,24 %o	42,86% 28,57% 28,57%
3) regelwidr. Plazenta (zu 1)	26= 9,89% 4,77 %o	34,62%	14=18,67% 8,24 %o	14,29% 14,29% 71,43%
4) Plaz. Insuff. (zu 1)	22= 8,37% 4,03 %o	22,72%	10=13,33% 5,88 %o	10 % 10 % 80 %
5) NS-Kompl.	19= 7,22% 3,48 %o	26,32%	9=12 % 5,29 %o	11,11% 55,60% 33,30%
6) Unreife, Lebensschw.	17= 6,46% 3,12 %o	29,41%	8=10,67% 4,70 %o	0 12,50% 87,50%
7) Erkrankungen d. Mutter	16= 6,08% 2,93 %o	6,25%	7= 9,33% 4,12 %o	14,28% 14,78% 71,43%
8) Hyaline Membrane	15= 5,70% 2,75 %o	13,33 %	7= 9,33% 4,12 %o	0 14,78% 85,70%
7) EPH-Gestose	16= 6,08% 2,93 %o	25 %	4 =5,33% 2,35 %o	0 25 % 75 %

Tabelle F - S. 2

Ursache	1963/64			1972			4x u.m. B.		
	Gesamt	ohne B.	1-3xB.	4x u.m.B.	Ursache	Gesamt		ohne B.	1-3xB.
9) Hydrops fet. univ.	14= 5,33% 2,57 %	0	57,14%	42,86%	7) Postpart. erw.	4= 5,33% 2,35 %	0	25 %	75 %
9) Mißbildungen	14= 5,33% 2,57 %	28,57%	28,57%	42,86%	8) Geburtsver- letzungen	2= 2,67% 1,18 %	0	50 %	50 %
10) Asp.Pneum.	10= 3,80% 1,83 %	0	60 %	40 %	8) Übertrag.	2= 2,67% 1,18 %	0	0	100%
11) Lues	8= 3,04% 1,47 %	12,50%	37,50%	50 %	8) Listeriose	2= 2,67% 1,18 %	0	50 %	50 %
12) Ungekl.Ursa- chen	7= 2,66% 1,28%	42,86%	28,57%	28,57%	8) Diabetes	2= 2,67% 1,18 %	0	0	100 %
					8) zusammen	8=10,67% 4,70 %	0	25 %	75 %
					9) NS-Kompl.	1= 1,33% 0,59 %	0	0	100 %
					9) Plaz. Insuff. unbek. Genese	1= 1,33% 0,59 %	0	0	100 %
					9) Rh-Inkomp. Hydrops	1= 1,33% 0,59 %	0	0	100 %

Tabelle G

H. GENZ, Geb.-Fra. 1964, 24. Jahrgg., S. 882 - 889

GEZIELTE BEKÄMPFUNG DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IN DEN
ERSTEN 7 LEBENSTAGEN

Path.-anat. Diagnosen von 326 Sterbefällen der ersten
7 Lebenstage, Berlin 1958

Intrakranielle Blutungen	30,10 %
Lebensschwache Frühgeburten	14,10 %
Pneumonie, Aspiration	12,60 %
hyaline Membrane	11,70 %
Lungenatelektasen	8,30 %
Mißbildungen	8,30 %
Erythroblastose, Kernikterus	4,60 %
ungeklärte Ursachen	0,60 %
andere Ursachen	5,50 %

GLEISS - Düsseldorf

Entbindungsfolgen	7,50 %
Mißbildungen	12,60 %
Pneumonie, Aspiration	11,50 %
Erythroblastose	2,60 %
lebensschwache Frühgeburten	57,10 %

Tabelle H

G. MARTIUS: Geburtshilfe in Stichworten; S. 377 -
Perinatale Sterblichkeit

Nach Stark

Bei den Hauptursachen der perinatalen Kindersterblichkeit finden wir folgende Prozentsätze:

Frühgeburten infolge Lebensschwäche	33 %
Sogenannte Sauerstoffmangelzustände aufgrund einer bestehenden placentaren Ischämie	20 %
Erkrankungen der Mutter	20 %
Mißbildungen	15 %
Verschiedenes	12 %

Martin

TODESURSACHEN

1.) Hypoxie	40 - 50 %
a) plazentarbedingte Hypoxien	65 - 70 %
(Plazentainsuffizienz 50 %, vorzeitige Lösung 15 - 20 %)	
b) Nabelschnurkomplikationen	10 - 15 %
c) uterine Hypoxie	5 - 10 %
d) unklare Hypoxien	5 - 10 %
2.) Lebensschwäche (Kinder unter 1000gr)	15 %
3.) angeborene Mißbildungen	5 - 10 %
4.) Geburtsraumen	2 - 4 %
5.) Inkompatibilität	15 %

Teil IV (Tabellen 82 - 90)

DISKUSSION

In Teil III wurden 1963/64 und 1972 verglichen. Es sollen nun lediglich die Werte der perinatalen Letalität, der Totgeburten, der Frühgeburten und die Letalität des 1. Lebenstages sowie des 2. bis 7. Lebenstages verglichen werden bzw. ein Vergleich zu anderen Kliniken und zur amtlichen Statistik in Bayern und in der Bundesrepublik Deutschland gezogen werden.

Die gesamte Perinatale Letalität sank von 4,82 % im Jahre 1963/64 auf 4,41 % 1972 ab. Die P.L. bei den Allgemeinpatientinnen lag in beiden Jahrgängen deutlich höher, während die perinatale Letalität der Privatpatientinnen um fast die Hälfte niedriger lag. Die Totgeburtenfrequenz lag mit 1,52 % 1963/64 etwa gleich hoch wie 1972 mit 1,47 %; lediglich bei den Privatpatientinnen war eine Zunahme der Totgeburten mit 0,91 % gegenüber 0,26 % 1963/64 zu verzeichnen. 1963/64 waren nur 13,04 % aller privaten Todesfälle Totgeburten, während es 1972 immerhin 31,25 % waren. Die postpartale P.L. war im Jahre 1972 mit 2,94 % gegenüber 3,30 % geringfügig erniedrigt, außer bei den Privatpatientinnen, wo die postpartale P.L. von 1,74 % im Jahre 1963/64 auf 2,01 % im Jahre 1972 anstieg. Im Jahre 1972 ist jedoch der Anteil der postpartalen P.L. an der Gesamtsterblichkeit bei Allgemeinpatientinnen und Privatpatientinnen gleich. Der Anteil der gestorbenen Kinder über 2500 gr war 1972 mit 0,71 % gesamt bzw. 0,52 % Allgemein und 1,09 % Privat über doppelt so hoch. Die Frühgeburten unter 1000 gr waren 1972 um die Hälfte weniger, bei den Privatpatientinnen sogar um das vierfache weniger als 1963/64. Der Prozentsatz der Frühgeburten über 1000 gr stieg 1972 allerdings geringfügig an (von 1,45, 1,65, 0,7 % auf 1,65, 2,08, 0,73 %). Alle Frühgeburten zusammen sanken von 2,94 %, 3,34 %, 1,39 % auf 2,24 %, 2,86 %, 0,91 % ab.

Tabelle 6

PERINATALE LETALITÄT 1965 und 1972,
BEZOGEN AUF 1000 TOT- UND LEBENDGEBORENE

Land	Totgeburten	1. - 7. Lebenstag verstorben		P.L. gesamt	
		1965	1972	1965	1972
Schleswig-Holstein	12,3	9,7	13,8	25,9	21,9
Hamburg	11,3	7,6	11,5	22,7	19,1
Niedersachsen	13,3	10,7	15,0	28,1	24,8
Bremen	12,6	9,7	13,2	25,7	21,9
Nordrhein-Westfalen	13,0	9,3	17,6	30,4	25,6
Hessen	11,2	8,5	15,5	26,5	23,8
Rheinland Pfalz	12,2	10,7	16,6	28,6	25,4
Baden-Württemberg	11,6	8,5	16,6	28,0	21,5
Baden	11,1		17,8	28,6	
Saarland	14,5	11,1	19,2	33,4	28,9
Berlin /W.	11,5	8,1	18,3	29,6	21,4
Bundesgebiet	12,2	9,3	16,6	28,6	23,9

Tabelle 6 - S. 2

Land	Totgeburten		1. - 7. Lebenstag verstorben		P.L. gesamt	
	<u>1965/71</u>	<u>1972</u>	<u>1965/71</u>	<u>1972</u>	<u>1965/71</u>	<u>1972</u>
Bayern	10,2	8,8	17,1	15,2	27,3	23,8
Bundesgebiet	11,0	9,3	16,1	14,8	27,1	23,8
München	<u>1965-71</u>	<u>1972</u>	<u>1965/64</u>	<u>1972</u>	<u>1963/64</u>	<u>1972</u>
	9,3		17,9		27,3	
1. Universitäts- frauenklinik	15,2	14,7	33,0	29,4	48,2	44,1

Die Totgeborenenfrequenz betrug 1965 bis 1971 in der BRD 11,0 %, in Bayern 10,2 %, in München 9,3 % gegenüber 14,7 % an der I. UFK München 1972 und 15,2 % an der gleichen Klinik 1963/64 und 4,0 % an der Klinik Harlaching. Weitere vergleichende Zahlen sind aus Tabelle I., die der Jahresstatistik 1974 des Bayer. Statistischen Landesamtes entnommen wurde sowie der Statistik in der Einleitung, in welcher 23 europäische Staaten und die USA sowie Japan verglichen werden, zu entnehmen. Nach Saling lag die Totgeburtenszahl in der BRD 1969 noch bei 1 %. Nach seiner Meinung könnte sie durch konsequenten Einsatz aller modernen Methoden um mehr als die Hälfte reduziert werden, denn immer mehr Untersucher stellen fest, daß die Antepartumfälle allein durch den Einsatz von Fruchtwasseruntersuchungen selbst im Risikokollektiv auch unter 1 % gesenkt werden könnte. Auch die P.L. in der BRD könnte von 2,7 % auf 1,5 % gesenkt werden.

Frühgeburten unter 1000 gr gab es 1972 in der DDR nur 0,11 %, in der BRD noch 0,3 bis 0,4 %, in Bayern 0,38 %. An der I. UFK München betrug die Frühgeburtenrate 1972 unter 1000 gr 0,59 % insgesamt, bei den Allgemeinpatientinnen 0,78 % und bei den Privatpatientinnen 0,18 %. An der Tatsache, daß die Frühgeburtenfrequenz von 1963/64 auf 1972 auf über die Hälfte bei den Allgemeinpatientinnen und auf das 4fache bei den Privatpatientinnen gesenkt werden konnte, kann man den Effekt der gesteigerten Schwangerenberatung feststellen, denn immerhin sank der Prozentsatz der Frauen ohne Beratung von 1963/64 von 8,90 % auf 3,76 %. Bei den Privatpatientinnen gab es 1972 bereits keine Frau mehr ohne Beratung.

Nur so ist es zu verstehen, daß der Anteil der gestorbenen Frühgeburten an der Gesamtsterblichkeit von 60,84 % auf 50,67 % absank. Der Anteil der Frühgeburten unter 1000 gr am Gesamtschwangerenkollektiv betrug 1963/64 1,71%,

1972 0,65 %. Frühgeburten über 1000 gr traten 1963/64 noch in 9,46 % der Fälle auf, 1972 waren es nur noch 7,94 %. Alle Frühgeburten zusammen sanken von 11,17 % im Jahre 1963/64 auf 8,59 % 1972, davon bei Allgemeinpatientinnen auf 10,93 %, bei Privatpatientinnen auf 3,66 %.

Die Frauenklinik Nürnberg (Prof. Stark) berichtet über eine Frühgeburtenfrequenz von 7,5 % in den Jahren 1967 bis 1971 und eine Abnahme der Frühgeburtenfrequenz auf 6,8 % im Jahre 1972 und auf 5,75 % im Jahre 1973, wobei allerdings zu bemerken ist, daß in dieser Statistik Frühgeburten unter 1000 gr nicht berechnet wurden.

Fischer berichtet über eine Frühgeburtenfrequenz von 6 % in der Bundesrepublik im Jahre 1972. Gliedert man die Frühgeburten des Jahres 1972 an der I. UFK München auf, so ergibt sich, daß immerhin 11,98 % der deutschen Patientinnen der Allgemeinklasse Frühgeburten hatten, Deutsche und Gastarbeiterinnen zusammen 10,93 %, Gastarbeiterinnen alleine nur 8,96 %, Privatpatientinnen nur 3,56 %. Alle Patientinnen zusammen des Jahres 1972 8,59 % Frühgeburten.

Ledige Frauen hatten 14,78 % Frühgeburten gegenüber nur 7,62 % der verheirateten Frauen. In der Arbeit über die perinatale Letalität bei Gastarbeiterinnen von Höfling, Jonas, Holzmann, Lochmüller und Zander sieht man eine Frühgeburtenhäufigkeit bei Gastarbeiterinnen und deutschen Allgemeinpatientinnen von 9,2 % bei einer P.L. von 27,3 %. Im Jahre 1972 allein beträgt die Frühgeburtenhäufigkeit an der gleichen Klinik 10,06 % bei einer P.L. von 20,69 %. Bei den Privatpatientinnen beträgt die Frühgeburtenhäufigkeit nach Höfling 4,9 % mit einer P.L. von 24,1 %. 1972 beträgt die Frühgeburtenhäufigkeit nur 3,47 % bei einer P.L. von 21,05 %. Geburten über 2500 gr traten in dem Vergleichskollektiv bei Gastarbeiterinnen und deutschen Allgemeinpatientinnen

in 90,8 % der Fälle auf. 1972 waren es 87,34 % mit einer P.L. von 0,60 %, bei den Privatpatientinnen war es wie im Vergleichskollektiv nach Höfling 95,43 % gegenüber 95,1 %, wobei allerdings eine um fast doppelt so hohe P.L. bei den Privatpatientinnen festzustellen ist. (1,15 % bei den Privatpatientinnen gegenüber 0,60 % der Allgemeinpatientinnen). 1970 bis 1972 betrug die Frühgeburtsterblichkeit bei Kindern über 1000 gr an der 1. UFK 26,8 % gegenüber nur 20,74 % im Jahre 1972. Nach Keding betrug die Frühgeburtenhäufigkeit in Hamburg in den Jahren 1968 bis 1972 5,46 %. Nach der amtlichen bayerischen Statistik betrug die Frühgeburtensterblichkeit in Bayern 1973 24,39 %, die Sterblichkeit der Kinder über 2500 gr 0,85 %. Die Gesamtfrühgeburtenhäufigkeit betrug 5,7 %, bei nichtehelichen 10,4 %, bei ehelichen 5,4 % Frühgeburten, bei deutschen Frauen 5,5 %, bei Ausländerinnen 7,2 % Frühgeburten.

Die Frühsterblichkeit (semanatale Sterblichkeit) betrug an der I. UFK München 1972 66,67 % der Allgemein- und Privatpatientinnen zusammen, bei den Privatpatientinnen ist die Frühsterblichkeit mit 68,75 % gering höher. Auch Keding fand in den Jahren 1968 bis 1972 eine Frühsterblichkeit in Hamburg von 66,0 %. Die Frühsterblichkeit in Bayern beträgt 1972/73 ebenfalls 65 %. Die Sterblichkeit am 1. Lebenstag betrug an der I. UFK 33,0 % bei den Allgemein- und Privatpatientinnen zusammen, bei den Privatpatientinnen nur 18,18 %. Nach der bayerischen Statistik betrug sie in Bayern ebenfalls 39 % in den Jahren 1972/73. Auch in der BRD wurde 1972 eine Frühsterblichkeit von 65 % und eine Sterblichkeit am 1. Lebenstag von 40 % registriert. Die Sterblichkeit am 2. bis 7. Lebenstag betrug an der I. UFK 68 % gesamt, bei Allgemeinpatientinnen 64,10 % und 81,82 % bei den Privatpatientinnen. Auch diese Zahlen decken sich mit den Angaben anderer Autoren (Döring, Keding, amtl. Bayer. Statistik).

Bezogen auf die Gesamt-P.L. betrug in der BRD 1965 bis 1972 die Ersttags-P.L. 7,9 % und in München angeblich 11,8 %. Diese Zahlen entsprachen nicht den Tatsachen (sie wurden in einer Münchner Zeitung 1973 veröffentlicht). Döring veröffentlichte folgende authentische Zahlen:

Ersttagssterblichkeit in der BRD 10,6 %, in Bayern 11,4 %, in München 11,6 %, an der I. UFK München 1972 9,4 %, in Harlaching 5,0 %. Die Frühsterblichkeit (semnatale Sterblichkeit) der 1. Lebenswoche betrug in der BRD zwischen 1965 und 1972 16,1 %, in Bayern 17,1 %, in München 17,9 %, in der I. UFK 29,4 %, in der Klinik Harlaching 12,0 %. Nach Schulze, Naumburg u. Scholtes (1976) betrug die Frühsterblichkeit an Ihrer Klinik zwischen 1968 und 1973 60 %, bei Gastarbeiterinnen 60,4 %, bei deutschen Schwangeren 59,9 %. Der Prozentsatz der Totgeburten an der P.L. betrug bei ihnen 40 % gegenüber 33,33 % an der I. UFK München, bei Gastarbeiterinnen 39,6 % gegenüber 37,5 % an der I. UFK und bei Deutschen 40,1 % gegenüber 32,2 %. Nach einer Veröffentlichung des Bayer. Stat. Landesamts 1974 konnte die Sterblichkeit der bis zu 24 Std. alten Säuglinge auch nach 1967 weiter gesenkt werden. Ein Jahrzehnt zuvor, zwischen 1957 und 1960, nahm jedoch die Sterblichkeit am 1. Lebenstag vorübergehend zu wegen Einführung des Personenstandsgesetzes vom 12.8.1957 (vorher galt nur die Lungenatmung als Lebenszeichen). Die Sterblichkeit vom 2. bis 7. Lebenstag nahm langsamer ab. Seit 1950 ist die Zahl um die Hälfte gesunken, seit 1962 wird jedoch kein stetiger Rückgang beobachtet, zwischen 1969 und 1973 ist die Zahl der gestorbenen Kinder am 2. bis 7. Lebenstag leicht erhöht. Es wird vermutet, daß der Rückgang der Sterblichkeit des 1. Lebens-tages zum Teil nur ein Hinausschieben auf den 2. bis 7. Lebenstag bedeutet (siehe Tabelle 28 - 1, II. Teil 1972).

Die Auswertungen des 1972 angewandten mütterlichen und kindlichen Erhebungsbogens lassen folgende sozio-ökonomische Unterschiede und dadurch bedingte Unterschiede in der Schwangerenvorsorge erkennen.

1972 kamen 1700 Frauen in der I. UFK München zur Entbindung, davon waren

deutsch 75,59 %, Gastarbeiterinnen 24,41 %.

Allgemeinpatientinnen: 65,13 % deutsch, 34,87 % Gastarbeiterinnen, Privatpatientinnen : 97,62 % deutsch, 2,38 % Ausländerinnen.

86,47 % verheiratet, 13,53 % ledig.

Allgemeinpatientinnen 80,66 % verheiratet / 19,34 % ledig, Privatpatientinnen 98,72 % verheiratet / 1,28 % ledig.

Allgemeinpatient. Primiparae 50,91 %, Multiparae 49,09 %, Privatpatient. Primiparae 47,90 %, Multiparae 52,10 %.

Allgemeinpatientinnen unter 15 Jahre 0,62 %, 15 bis 25 Jahre 48,31 %, 26 bis 30 Jahre 23,42 % über 30 Jahre 28,01 %.

Privatpatientinnen unter 15 Jahre 0,18 %, 15 bis 25 Jahre 10,24 %, 26 bis 30 Jahre 43,88 %, über 30 Jahre 45,70 %.

Zusammenfassend ist dazu festzustellen: Unter den Privatpatientinnen waren nur sehr wenig Ausländerinnen, sehr wenig Ledige, mehr Multiparae als Primiparae, weniger Frauen zwischen 15 und 25 Jahren, dagegen wesentlich mehr Frauen zwischen 26 und 30 Jahre und über 30 Jahre alt.

Mutterpaß vorhanden: 93,24 %,

Allgemeinpatientinnen 90,29 %, Privatpatientinnen 99,67 %
Mutterpaß lückenhaft:

Allgemeinpatientinnen 15,87 %, Privatpatientinnen 0,55 %
Errechnete Geburtstermine verwertbar: 84,82 %,

Allgemeinpatientinnen 79,62 %, Privatpatientinnen 95,80 %.

Rechnerisch vor 38. Schwangerschaftswoche : 14,76 %,

Allgemeinpatientinnen 17,61 %, Privatpatientinnen 8,78 %.

Operative Geburtshilfe: 31,18 %

Privatpatientinnen 36,20 %, Allgemeinpatientinnen 28,79 %.

Sectio 14,24 %,

Allgemeinpatientinnen 13,18 %, Privatpatientinnen 16,45 %.

Vaginal geburtshilfliche Operationen : 16,94 %,

Allgemeinpatientinnen 15,61 %, Privatpatientinnen 19,74 %.

Vakuumentraktion: 13,47 %,

Allgemeinpatientinnen 11,45 %, Privatpatientinnen 17,73 %.

Forceps: 1,71 %,

Allgemeinpatientinnen 1,99 %, Privatpatientinnen 1,10 %.

Episiotomie durchgeführt: 72,06 %,

Allgemeinpatientinnen 67,82 %, Privatpatientinnen 80,99 %.

Austreibungsperiode zwischen 30 und 80 min.: 8,41 %,

Allgemeinpatientinnen 9,11 %, Privatpatientinnen 6,95 %.

Fruchtwasser auffällig: 18,88 %,

Allgemeinpatientinnen 20,82 %, Privatpatientinnen 14,81 %.

Risikoschwangerschaften: bei 1700 Frauen traten 49,29 %
Risiken auf,

Allgemeinpatientinnen 51,48 %, Privatpatientinnen 46,80 %.

Risikograviditäten lagen laut Nr. 1 des Risikogeburten-
kataloges vor, insges. 30,5 %,

Allgemeinpatientinnen 31,6 %, Privatpatientinnen 30,1 %.

Risiken pro Risikogravidität insgesamt 1,61 %,

Allgemeinpatientinnen 1,64 %, Privatpatientinnen 1,55 %.

Nach Risikogeburtenkatalog: Risikogeburten insges. 36,24 %,

Allgemeinpatientinnen 44,23 %, Privatpatientinnen 28,52 %.

Nach Hickl und Riegl sind folgende 6 perinatale Todes-
ursachen mit dem höchsten Risikofaktor belastet und
verursachen rund 88 % aller perinatalen Todesfälle:

- 1.) Blutungen in der Spätschwangerschaft
- 2.) Rh-Inkompatibilität
- 3.) Hydramnion
- 4.) EPH-Gestose
- 5.) Zustand nach Uterusoperation
- 6.) Mehrgebärende über 40 Jahre.

Bei Hickl und Riegl betrugen diese 6 Ursachen 24 % aller Risikofaktoren. In der I. UFK betrugen diese 6 Ursachen insgesamt 29,62 %, bei Allgemeinpatientinnen 32,43 %, bei Privatpatientinnen nur 23,57 % der Risikofaktoren.

In folgender Tabelle können anhand von 8 Risikofaktoren die Unterschiede zwischen Allgemeinpatientinnen und Privatpatientinnen deutlich gemacht werden.

Tabelle 7

Risikofaktor	Allgemein	Privat
1.) Alte I-Gebärende	4,25 %	7,50 %
2.) Multiparae, mehr als 4 Kinder	3,64 %	0,37 %
3.) Mehrgebärende über 40 Jahre	1,39 %	0,73 %
4.) Genitaltumoren	3,73 %	1,28 %
5.) Tote oder geschädigte Kinder i.d.Anamnese	6,85 %	3,29 %
6.) Zustand nach Aborten oder Frühgeburten	6,24 %	1,82 %
7.) Sterilitätsbehandlung	3,81 %	0,55 %
8.) Zustand nach Sectio	4,16 %	6,03 %

Aus der Feststellung von Hickl und aus der vorliegenden Tabelle ist zu ersehen, daß Privatpatientinnen wesentlich weniger dieser 6 Risikofaktoren aufwiesen und auch in den meisten der in der Tabelle aufgeführten zusätzlichen Risikofaktoren besser abschnitten als die Allgemeinpatientinnen, ausgenommen bei alten I-Gebärenden und Zustand nach Sectio. Die Kindererhebungsbögen zeigten uns, daß 21,59 % der Kinder von Allgemeinpatientinnen postpartum auffällig waren, dagegen nur 6,58 % der Privatpatientinnen. Die Apgarwerte 1 bis 5, 6 bis 8 und

9 bis 10 waren bei Privatpatientinnen nach 1 min., 5 min. und 10 min. mehr als doppelt so gut wie bei Kindern von Allgemeinpatientinnen.

Der wesentlich bessere sozioökonomische Standard der Privatpatientinnen wie auch die wohl bessere Geburtsleitung, die wesentlich intensivere Schwangerenvorsorge, die geringere Risikoanzahl in der Schwangerschaft und bei der Geburt, wohl bedingt durch bessere Gesundheitshygiene und besseres Verständnis für Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, machen die wesentlich geringere Frühgeburtenzahl und die geringere perinatale Sterblichkeit verständlich. Von den Privatpatientinnen waren alle Patientinnen zur Beratung, davon 70,02 % viermal und mehr in der Poliklinik der I. Universitätsfrauenklinik München, von den Allgemeinpatientinnen waren immerhin noch 5,55 % der Frauen ohne Beratung und nur 41,54 % viermal und mehr in der Poliklinik zur Beratung. Die perinatale Letalität bei den Privatpatientinnen war 2,93 %, bei den Allgemeinpatientinnen 5,11 %, Frühgeburtenhäufigkeit bei Privatpatientinnen 3,56 %, bei Allgemeinpatientinnen 10,93 % (Deutsche und Gastarbeiterinnen zusammen), deutsche Patientinnen der Allgemeinen Klasse sogar 11,98 %.

Betrachtet man den Umfang der Schwangerenvorsorge nach Ihrer Anzahl und dem Ort der Betreuung, so ergeben sich schwerwiegende Unterschiede in der perinatalen Letalität der einzelnen Betreuungsgruppen. Krone führte zwischen 1964 und 1968, also in den Jahren vor und nach der Einführung der ersten Mutterschaftsrichtlinien umfangreiche Untersuchungen über die Schwangerenbetreuung durch. Er kam zu dem Ergebnis, daß besonders viele Multiparae unbetreut waren, nämlich in den Jahren 1964 bis 1966 15,60 %, 1967 9,0 %, 1968 6,50 % gegenüber 3,20 %, 2,10 %, 1,20 % der I-Gebärenden. Mehrgebärende waren somit vier- bis fünfmal soviel unbetreut wie Erstgebärende.

Wir kamen in den Jahren 1963/64 und 1972 zu ähnlichen Ergebnissen. 1963/64 waren 11,14 %, 1972 4,58 % der Multiparae unbetreut gegenüber 6,30 % und 2,94 % der Erstgebärenden. Bei uns waren etwa doppelt soviel Mehrgebärende ohne Betreuung als Erstgebärende. Noch deutlicher war in unseren Untersuchungen der Unterschied zwischen verheirateten und ledigen Frauen. 1963/64 waren 18,34 % der ledigen Frauen unbetreut, 1972 15,21 % gegenüber 6,59 % und 1,97 % der verheirateten Frauen. 1972 waren somit über siebenmal soviel ledige Frauen ohne Beratung als verheiratete Frauen. Deutsche Frauen waren 1972 2,72 % unbetreut, Gastarbeiterinnen dagegen 6,99 %. Die perinatale Letalität bei den unbetreuten Frauen liegt, wie sich aus der Tabelle ersehen läßt, um das Fünffache höher als bei den betreuten Frauen. Heinze und Zimmer kamen 1959 zu einem ähnlichen Ergebnis, insgesamt waren 9,7 % der Frauen unbetreut (1972 3,76 %) und 83,8 % der Frauen waren betreut. Auch Beske und Flatters stellten 1958 und 1960 fest, daß nur 88 % der Frauen betreut waren und 12 % nicht betreut.

Tabelle 83 zeigt die Abhängigkeit der Schwangerenberatung von der Anzahl der Beratungen und dem Ort ihrer Durchführung. Es wurden alle Frauen zusammen sowie die Allgemein- und die Privatpatientinnen gesondert sowie Schwangere mit Frühgeburten unter 1000 gr und Frühgeburten über 1000 gr, Frühgeburten gesamt und Geburten über 2500 gr sowie intrauteriner Fruchttod erfaßt. Man sieht deutlich den erheblichen Unterschied der Betreuung bei Allgemein- und Privatpatientinnen. Privatpatientinnen waren alle zur Beratung, Allgemeinpatientinnen waren in 5,55 % der Fälle nicht zur Beratung. Die P.L. liegt mit 14,06 % sehr hoch. Privatpatientinnen waren 70,02 % in der Poliklinik viermal und mehr zur Beratung, dagegen Allgemeinpatientinnen nur in 41,54 % der Fälle. Die höchste perinatale Letalität tritt auf bei den Schwangeren, die außerhalb zur Beratung waren (1 bis 3mal und 4mal und mehr).

Die P.L. von 9,18 % bzw. 10,04 % bei den Allgemeinpatientinnen, die außerhalb zur Beratung waren (Praktischer Arzt oder Facharzt) spricht sehr deutlich für die mangelhafte Qualität der Vorsorgeuntersuchungen. Auch bei den Privatpatientinnen, die viermal und mehr außerhalb zur Beratung waren, ist die P.L. mit 5,88 % sehr hoch. Von den insgesamt 11 Frühgeburten unter 1000 gr waren 54,55 % ohne Beratung, nur 9,09 % waren viermal und mehr zur Beratung. Von den 135 Frühgeburten über 1000 gr waren 10,37 % ohne Beratung, nur 26,66 % waren 4mal und mehr zur Beratung. Auch bei den Frühgeburten über 1000 gr ohne Beratung liegt die P.L. mit 14,29 % sehr hoch, wesentlich höher jedoch noch bei den Frühgeburten, deren Mütter 4mal und mehr außerhalb zur Beratung waren (41,38 %). Von allen 147 Frühgeburten zusammen waren 13,61 % der Mütter ohne Beratung. Die P.L. liegt mit 40 % weit über dem Durchschnitt (25,85 %). Noch höher ist die P.L. bei den Frühgeburten deren Mütter 4mal und mehr außerhalb zur Beratung waren (41,38 %). Die P.L. bei den Müttern, die 4mal und mehr in der Poliklinik zur Beratung waren, liegt dagegen mit 16,22 % deutlich unter dem Schnitt. Von den Müttern mit Kindern über 2500 gr waren nur 2,81 % ohne Beratung, dagegen 53,56 % 4mal und mehr in der Poliklinik zur Beratung. Die P.L. ist bei den Müttern am höchsten, die 1 bis 3mal außerhalb zur Beratung waren (2,50 %). Schwangere mit intrauterinem Fruchttod waren in 4 % der Fälle nicht zur Beratung, in 24 % mehr als 4mal in der Poliklinik zur Beratung, dagegen 48 % 4mal und mehr außerhalb zur Beratung. In 80 % der Fälle trat der intrauterine Fruchttod bereits außerhalb der Klinik ein, nur in 20 % verstarben die Kinder in der Klinik intrauterin. Von den 20 % bereits außerhalb verstorbenen Kindern stammten 45 % von Müttern, die 4mal und mehr außerhalb der Klinik zur Beratung waren. Die geringste perinatale Letalität sah man bei den Frauen, die in der Poliklinik und außerhalb zur Beratung waren, bei denen somit offenbar eine gute Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis gewährleistet war.

Hofbauer stellte zwischen 1963 und 1968 ebenfalls umfangreiche Untersuchungen über den Einfluß der Schwangerenberatung auf die perinatale Letalität an. Er teilte die Schwangeren in 2 Beratungsgruppen ein, und zwar die Schwangeren, die ohne Beratung und außerhalb zur Beratung waren sowie die Schwangeren, die in der Poliklinik zur Beratung waren. In den Jahren 1963 bis 1965 waren 20 % der Frauen ohne Beratung oder außerhalb zur Beratung mit einer P.L. von 6,80 %, dagegen 80 % in der Poliklinik zur Beratung mit einer P.L. von 1,90 %. 1967 bis 1968 waren 21,40 % ohne Beratung und außerhalb zur Beratung mit einer P.L. von 6.0 % und 78,60 % der Schwangeren in der Poliklinik zur Beratung mit einer P.L. von 1,40 %. An der I. UFK München waren 1963/64 noch 45,54 % ohne Beratung oder außerhalb zur Beratung mit einer P.L. von 7,65 % und 54,45 % waren in der Poliklinik zur Beratung mit einer P.L. von 2,46 %.

1972 waren nur noch 26,12 % ohne Beratung oder außerhalb zur Beratung mit einer sehr hohen P.L. von 9,91 % und 58,65 % waren in der Poliklinik zur Beratung mit einer P.L. von 2,21 %, wobei aber zu berücksichtigen ist, daß Privatpatientinnen etwa 80 % in der Poliklinik zur Beratung waren, Allgemeinpatientinnen nur etwa 45 %.

1972 waren 46,09 % der deutschen Frauen ohne Beratung oder außerhalb zur Beratung mit einer P.L. von 11,33 % und 59,38 % in der Poliklinik zur Beratung mit einer P.L. von 1,97 %. Gastarbeiterinnen waren im gleichen Jahr nur 32,53 % ohne Beratung und außerhalb zur Beratung mit einer P.L. von 6,67 % und 56,39 % in der Poliklinik zur Beratung mit einer P.L. von 2,99 %. Diese Zahlen umfassen Privat- und Allgemeinpatientinnen zusammen. Bei den Allgemeinpatientinnen sieht das Verhältnis umgekehrt aus. Gastarbeiterinnen der allgemeinen Klasse waren 55,47 % ein bis zehnmal in der Poliklinik, deutsche Allgemeinpatientinnen nur 45,27 %.

1 bis 3mal in der Poliklinik waren 10,20 % Gastarbeiterinnen, 5,73 % deutsche Frauen. 4mal und mehr in der Poliklinik waren Gastarbeiterinnen 45,27 % und deutsche Frauen 39,55 %. Allein aus diesen Zahlen ist die niedrigere P.L. bei den Gastarbeiterinnen zu erklären. Die P.L. deutscher Allgemein- und Privatpatientinnen beträgt 1972 4,59 %, die der Gastarbeiterinnen 3,86 %. Die P.L. der deutschen Allgemeinpatientinnen beträgt 5,86 %, die der allgemeinen Gastarbeiterinnen 3,73 %. 1972 waren 46,09 % der ledigen Frauen ohne Beratung oder außerhalb zur Beratung mit einer P.L. von 7,55 %, nur 42,61 % der ledigen Frauen waren in der Poliklinik zur Beratung mit einer P.L. von 3,06 %. Verheiratete Frauen waren in 22,99 % ohne Beratung oder außerhalb zur Beratung mit einer P.L. von 10,65 % und 61,6 % in der Poliklinik zur Beratung mit einer P.L. von 2,11 %. Von allen Allgemeinpatientinnen waren 1963/64 52,79 % ohne Beratung und außerhalb zur Beratung mit einer P.L. von 8,23 %, nur 47,21 % waren in der Poliklinik zur Beratung mit einer P.L. von 2,61 %. Privatpatientinnen waren 1963/64 nur 18,38 % ohne Beratung oder außerhalb zur Beratung mit einer P.L. von 1,47 %, dagegen waren 81,62 % in der Poliklinik zur Beratung mit einer P.L. von 2,13 %. 1972 waren noch 33,91 % der Allgemeinpatientinnen ohne Beratung oder außerhalb zur Beratung mit einer P.L. von 10,49 % und nur 48,83 % in der Poliklinik zur Beratung mit einer P.L. von 2,13 %. Privatpatientinnen waren 1972 nur in 9,69 % ohne Beratung oder außerhalb zur Beratung mit einer P.L. von 5,66 % und 79,34 % in der Poliklinik zur Beratung mit einer P.L. von 2,30 %. Diese Zahlen lassen deutlich die wesentlich bessere Schwangerenvorsorge der Privatpatientinnen erkennen und erklären auch die erheblich niedrigere perinatale Letalität bei den Privatpatientinnen.

Nach Krone waren 1967/68 18,6 % der Frauen ein bis zehnmal in der Poliklinik, 28,2 % ein bis zehnmal beim

beim Facharzt außerhalb, 26,1 % ein bis zehnmal beim praktischen Arzt außerhalb, 25 % in der Poliklinik und außerhalb zur Beratung. Die Schwangeren der 72 perinatalen Todesfälle 1972 an der I. UFK München waren in 12 % ohne Beratung, 28 % ein bis zehnmal in der Poliklinik, 26,67 % ein bis zehnmal beim Facharzt außerhalb und 21,33 % ein bis zehnmal beim praktischen Arzt außerhalb sowie 12 % in der Poliklinik und außerhalb.

Ausreichend betreut waren nach Krone zwischen 1964 bis 1966 46,30 % bis 67,04 % der Primiparae und nur 32,0 % bis 51,90 % der Multiparae.

An der I. UFK waren 1972 67,73 % der Primiparae ausreichend betreut und 66,63 % der Multiparae. Ungenügend betreut waren nach Krone (64 bis 68) 50,50 % bis 31,50 % der Primiparae und 52,50 % bis 42 % der Multiparae. An der I. UFK waren 14,13 % der Primiparae ungenügend betreut und 13,51 % der Multiparae.

Unbetreut waren bei Krone 3,20 % bis 1,10 % im Jahre 1968 der Primiparae, dagegen 15,60 % (1964) bis 6,50 % (1968) der Multiparae. An der I. UFK waren es 2,94 % der Primiparae und 4,58 % der Multiparae. Über die Betreuung der Ledigen, Verheirateten, Deutschen und Gastarbeiterinnen gibt Tabelle 85 Aufschluß. Nach Krone betrug die P.L. der ausreichend betreuten Frauen zwischen 1964 und 1968 2,2 %, der ungenügend betreuten Frauen 2,6 %, der unbetreuten Frauen 3,5 %. Nach Zimmer (1960) hatten die genügend betreuten Schwangeren eine P.L. von 3,2 %, die ungenügend betreuten 5,3 %, die unbetreuten 5,5 %. An der I. UFK München 1972 ist das Ergebnis noch deutlicher: die P.L. der ausreichend betreuten Schwangeren betrug 3,85 %, die der ungenügend betreuten 5,53 % und die der unbetreuten 14,06 %.

Flatters errechnete für die Jahre 1958 bis 1960 für ausreichend Betreute eine P.L. von 3.0 %, für unzurei-

chend Betreute von 3,6 % und für Unbetreute von 6,4 %.
- vergl. Tabelle 86.

Nach Hofbauer hatten in den Jahren 1967 bis 1968 Frauen, die außerhalb zur Beratung oder ohne Beratung waren, 14,56 % Frühgeburten mit einer P.L. von 34,80 %. Frauen, die in der Poliklinik zur Beratung waren hatten eine Frühgeburtenrate von 4,26 % bei einer P.L. von 23,50 %. Insgesamt errechnete er eine Frühgeburtenrate von 6,46 % und eine P.L. von 29,05 %. An der I. UFK 1972 gab es bei Frauen, die ohne Beratung oder außerhalb zur Beratung waren, 15,54 % Frühgeburten mit einer P.L. von 39,13 %, bei den Frauen, die in der Poliklinik zur Beratung waren, eine Frühgeburtenrate von 5,12 % mit einer P.L. von 17,65 %. Insgesamt gab es 8,59 % Frühgeburten mit einer P.L. von 26,02 %. 1963/64 gab es an der gleichen Klinik eine Frühgeburtenrate von 11,17 % mit einer P.L. von 26,67 %. Bei den Allgemeinpatientinnen lag die Frühgeburtenrate und die P.L. in den einzelnen Beratungsklassen höher, bei den Privatpatientinnen jedoch erheblich niedriger (siehe Tabelle 87).

Nach Zimmer betrug die Frühgeburtenrate der ausreichend betreuten Frauen 5,90 % der ungenügend betreuten 13,30 %, der Frauen ohne Beratung 17,80 %. Bei Hausschwangeren gab es nur 6,90 % Frühgeburten.

Krone stellte zwischen 1964 und 1968 bei ausreichend Betreuten 6,0 % Frühgeburten fest, bei ungenügend Betreuten 8,20 % und bei Frauen ohne Beratung 8,30 %.

An der I. UFK traten 1972 bei ausreichend Betreuten 5,78 % Frühgeburten auf wie bei Zimmer und Krone, bei ungenügend Betreuten 14,47 % wie bei Zimmer, bei Frauen ohne Beratung sogar 31,25 % Frühgeburten. Bei Frauen, die in der Poliklinik und außerhalb zur Beratung waren, gab es 10,04 % Frühgeburten. Flatters errechnete für die Jahre 1958 bis 1960 bei ausreichend betreuten

Schwangeren 5,0 % Frühgeburten, bei ungenügend betreuten 6,5 % und bei unbetreuten Schwangeren 10,9 % Frühgeburten.

Der Anteil der Frühgeburtensterblichkeit an der Gesamt-P.L. betrug 50,67 % im Jahre 1972 und 60,84 % in den Jahren 1963/64. 1972 betrug die Frühgeburtensterblichkeit bei den verheirateten Frauen 41,94 %, bei ledigen Frauen 92,30 %, bei Frauen zwischen 15 und 25 Jahren 69,23 %, Frauen zwischen 26 und 30 Jahren 50 %, Frauen über 31 Jahre hatten eine Frühgeburtensterblichkeit von 35,48 %. 1963/64 lagen die Werte ähnlich hoch.

Tabelle 89 gibt einen Überblick über 4 soziale Gruppen (Ledige, Verheiratete, Deutsche, Gastarbeiterinnen). Auffallend ist der hohe Anteil der ledigen Mütter ohne Beratung mit 15,22 %, während verheiratete Mütter nur in 1,97 % nicht zur Beratung waren. Sehr hoch ist die P.L. der verheirateten Frauen, die 1 bis 10mal außerhalb zur Beratung waren (10,36 % gesamt, 11,28 % bei Allgemeinpatientinnen und 5,78 % bei Privatpatientinnen). Auffällig hoch ist die P.L. auch bei den deutschen Patientinnen, besonders der Allgemeinklasse. Hier liegt die P.L. der außerhalb der betreuten Frauen über 10 %. Deutsche Allgemeinpatientinnen waren zwar weniger ohne Beratung, dafür aber auch wesentlich weniger 1 bis 10mal in der Poliklinik. Allein diese Häufigkeit der Schwangerenberatung in der Poliklinik läßt die doch deutlich geringere perinatale Letalität bei den Gastarbeiterinnen verstehen (siehe Tabelle 89).

Tabelle 90 gibt einen Überblick über die Perinatale Letalität, Frühgeburten, Kinder über 2500 gr, intrauterinen Fruchttod und die Art der Beratung, bezogen auf die verschiedenen soziologischen Strukturen, unterteilt in allgemein und privat im Jahre 1972 an der I. Universitätsfrauenklinik München.

Daraus ist ersichtlich, daß Multiparae eine etwas höhere P.L. haben als Primiparae, Frauen über 31 Jahre haben mit 5,41 % die höchste P.L. aller 3 Altersgruppen. Bei ledigen Frauen liegt die P.L. mit 5,65 % deutlich über die P.L. der verheirateten Frauen mit 4,22 %. In Bayern betrug 1972 die P.L. der verheirateten Frauen 2,24 % gegenüber 4,01 % der ledigen Mütter, in der BRD betrug die P.L. der verheirateten Frauen 2,15 % gegenüber 3,76 % der ledigen Frauen. Deutsche Frauen hatten eine höhere P.L. als Gastarbeiterinnen (4,59 % : 3,86 %). Bei den deutschen Allgemeinpatientinnen war das Verhältnis noch größer (5,86 % : 3,73 %).

Multiparae hatten mehr Frühgeburten unter 1000 gr als Primiparae; die meisten Frühgeburten unter 1000 gr in den 3 Altersgruppen hatten die Frauen zwischen 15 und 25 Jahren. Ledige Frauen hatten 3mal soviel Frühgeburten unter 1000 gr wie verheiratete Frauen, Gastarbeiterinnen hatten fast doppelt soviel Frühgeburten unter 1000 gr wie deutsche Frauen.

Frühgeburten gesamt hatten ebenfalls Multiparae mehr als Primiparae, 15 bis 25 Jahre alte Frauen mehr als die Frauen der beiden anderen Altersgruppen. Ledige Frauen hatten doppelt soviel Frühgeburten wie verheiratete Frauen. Deutsche Frauen insgesamt hatten etwas weniger Frühgeburten als die Gastarbeiterinnen, deutsche Allgemeinpatientinnen hatten jedoch mit 11,98 % wesentlich mehr Frühgeburten als die Gastarbeiterinnen mit 8,96 %. Die wenigsten Frühgeburten hatten deutsche Privatpatientinnen mit 3,56 %.

Intrauteriner Fruchttod trat bei Primiparae etwas mehr auf als bei Multiparae, bei Frauen über 30 Jahre 3mal soviel wie bei Frauen zwischen 15 und 25 Jahren und auch doppelt soviel wie bei Frauen zwischen 26 und 30 Jahren. Verheiratete Frauen hatten etwa 4mal soviel Totgeburten wie ledige Frauen. Deutsche und Gastarbeiterinnen hatten etwa gleichviel Totgeburten. Am meisten

ohne Beratung waren ledige Frauen, Gastarbeiterinnen, Frauen zwischen 15 und 25 Jahren sowie Multiparae.

Am meisten genügend beraten waren Frauen über 30 Jahre mit 72,08 % und die Frauen, die 26 bis 30 Jahre waren mit 71,18 %. Es folgen verheiratete Frauen mit 70,27 %, Primiparae mit 67,73 % und deutsche Frauen mit 69,03 %. Wenig genügend beraten waren vor allen Dingen ledige Frauen mit nur 47,39 % und Frauen zwischen 15 und 25 Jahren mit 59,22 %. Multiparae waren etwas weniger genügend beraten als Primiparae. Man sieht bei den Frauen über 30 Jahre eine sehr hohe perinatale Mortalität und eine sehr hohe Totgeburtenrate, obwohl sie zahlenmäßig am meisten genügend beraten sind. Es ist auch aus der Literatur bekannt (Bayer. Jahresstatistik 1974, Butler u. Bonham u.a.), daß die P.L. und Totgeburtenrate der Frauen über 30 Jahre steil ansteigt.

Ledige Mütter waren am wenigsten genügend beraten, hatten die höchste perinatale Letalität und die höchste Frühgeburtenrate. Erstaunlicherweise ist die Totgeburtenrate bei den ledigen Frauen des Jahrgangs 1972 an der I. IFK München am niedrigsten von allen vergleichbaren anderen sozialen Strukturen im Gegensatz zur bayerischen Statistik 1974, in welcher die Totgeburtenrate bei unehelichen Kindern mit 1,38 % und bei ehelichen Kindern mit 0,84 % angegeben wird. Alle deutschen Frauen zusammen hatten mehr genügende Beratungen als Gastarbeiterinnen. Dies liegt, wie früher geschildert, allein daran, daß in den 69,03 % der deutschen Frauen, die genügend beraten waren, die Privatpatientinnen mit 79,21 % enthalten sind. Deutsche Allgemeinpatientinnen schneiden hier wesentlich schlechter ab, denn sie waren wesentlich weniger in der Poliklinik zur Beratung als Gastarbeiterinnen. Die perinatale Letalität ist daher bei Gastarbeiterinnen in unserem Untersuchungsgut geringer als die der deutschen Frauen. Auch die Frühgeburtenrate ist bei Gastarbeiterinnen wesentlich geringer als bei

deutschen Allgemeinpatientinnen. Dies dürfte, wie bereits früher gesagt, daran liegen, daß deutsche Allgemeinpatientinnen um die Hälfte weniger 1 bis 3mal in der Poliklinik zur Beratung waren und auch wesentlich weniger 4mal und mehr in der Poliklinik zur Beratung waren.

In den Untersuchungen von Höfling, Jonas, Holzmann, Lochmüller u. Sander aus dem Jahre 1975 über die perinatale Letalität der Gastarbeiterinnen der Jahrgänge 1970 bis 1972 geht hervor, daß Gastarbeiterinnen eine gering höhere P.L. als deutsche Allgemeinpatientinnen hatten (4,8 % : 4,4 %), während in unserem Untersuchungsgut des Jahres 1972 an der gleichen Klinik die Gastarbeiterinnen eine P.L. von 3,86 % gegenüber 5,86 % der deutschen Allgemeinpatientinnen hatten. Privatpatientinnen hatten in beiden Untersuchungen dagegen extrem niedrige P.L.-Werte (2,2 % : 2,81 %). Frühgeburten traten bei Gastarbeiterinnen und deutschen Allgemeinpatientinnen zusammen in 9,2 % auf, bei Privatpatientinnen nur 4,9 %, 1972 dagegen bei Gastarbeiterinnen und deutschen Allgemeinpatientinnen zusammen 10,06 %, bei Privatpatientinnen 3,47 %.

Die perinatale Letalität der Frühgeburten zwischen 1000 und 2500 gr verhielt sich in etwa in beiden Untersuchungen, obwohl sie bei Gastarbeiterinnen und deutschen Allgemeinpatientinnen von 27,3 % auf 20,69 % sank und bei Privatpatientinnen von 24,1 % auf 21,05 %.

Meister und Stark geben in ihrem Erfahrungsbericht aus den Jahren 1968 bis 1971 an, daß die perinatale Mortalität der Gastarbeiterinnen um etwa 20 % höher liegt als bei deutschen Frauen.

Nach Schulze, Naumburg und Scholtes hatten Gastarbeiterinnen in den Jahren zwischen 1968 und 1973 eine gering höhere P.L. als deutsche Frauen (2,70 % : 2,22 %).

Frühgeburten gab es nach WHO bei deutschen Frauen in 8,5 %, bei Gastarbeiterinnen in 9,5 %.

Nach Endel, Schött und Tatra war die perinatale Letalität bei den Gastarbeiterinnen etwa doppelt so hoch wie bei österreichischen Frauen. Auch die Zahl von Totgeburten war wesentlich höher.

Nach der Amtlichen Bayerischen Statistik 1973 war die P.L. in Bayern 1973 nach Sonderauszählung 2,36 %, bei Ausländerinnen jedoch deutlich erhöht mit 2,85 %. Frühgeburten traten bei Ausländerinnen 1973 in Bayern mehr auf als bei deutschen Frauen (7,2 % : 5,55 %).

In der I. Universitätsfrauenklinik München liegt die P.L. und die Frühgeburtenrate aufgrund der intensiveren Betreuung der Gastarbeiterinnen in der Klinik somit wesentlich besser als in allen anderen Vergleichsuntersuchungen. Dazu ist zu bemerken, daß an der I. UFK München 1972 von allen Patientinnen 24,41 % Gastarbeiterinnen waren, von den Allgemeinpatientinnen sogar 34,87 %. Nur 44,18 % aller 1700 Schwangeren, die entbunden haben an der Klinik, waren deutsche Allgemeinpatientinnen. Der Anteil der Privatpatientinnen war mit 31,18 % sehr hoch. Es gab somit fast soviel Gastarbeiterinnen wie Privatpatientinnen. Im Vergleichskollektiv von Höfling waren es nur 20,2 % Gastarbeiterinnen gegenüber 50,7 % deutschen Allgemeinpatientinnen und 29,1 % Privatpatientinnen. Bei Schulze, Naumburg und Scholtes waren es 1968 3 % Ausländerentbindungen gegenüber 1973 mit 32 %. Bei Stark in Nürnberg gab es 1967 8 % Ausländerentbindungen und 1971 26 %. In Bayern waren 1973 6 % der bayerischen Bevölkerung Ausländer bzw. Gastarbeiter, 12 % der Lebendgeborenen waren nicht deutsch, 70 % der lebendgeborenen Ausländer waren türkisch, griechisch oder jugoslawisch. Interessant ist die Feststellung, daß an der I. UFK München die perinatale Letalität und die Frühgeburtenhäufigkeit bei Gastarbeiterinnen

niedriger ist als bei deutschen Allgemeinpatientinnen entgegen den anderen Statistiken. Dies ist bedingt, wie bereits gesagt, durch die sehr hohe Beratungsfrequenz der Gastarbeiterinnen in der Schwangerenberatungsstelle der I. UFK.

Es ist bekannt, daß nicht ehelich Geborene in der Frühphase eine bedeutend geringere Überlebenschance als eheliche Säuglinge haben. In der Literatur gibt es viele Hinweise hierfür. Ausschlaggebend für die ablehnende Haltung mancher unverheirateter Schwangeren gegenüber dem werdenden Leben dürften gesellschaftliche Diskriminierung und rechtliche Benachteiligung von Mutter und Kind in erster Linie sein. Im Durchschnitt des Jahrzehnts zwischen 1965 bis 1974 waren nichteheliche Säuglinge doppelt so gefährdet wie eheliche. In der I. UFK München starben in der 1. Lebenswoche 2,58 % der ehelichen Neugeborenen, dagegen 5,21 % der unehelichen Neugeborenen. Nach der Statistik von Döring verstarben zwischen 1965 bis 1972 1,56 % der ehelich Geborenen in der 1. Lebenswoche und 3,52 % der unehelich Geborenen.

Zwischen 1963 und 1972 wurden in München mit 11,6 % mehr als doppelt soviel wie im Bundesdurchschnitt mit 5,1 % der Kinder unehelich geboren. An der I. UFK München wurden 1963/64 19,89 % der Kinder, 1972 13,53 % der Kinder unehelich geboren. Über 95 % der unehelich geborenen Kinder stammten von Allgemeinpatientinnen. Aus der Statistik des Bayer.Stat. Landesamtes geht hervor, daß der Anteil unehelich geborener Kinder steigt mit der Größenzunahme der Gemeinden. So gibt es in Gemeinden unter 2000 Einwohner 6 % uneheliche Kinder, bei Gemeinden zwischen 20 000 und 100 000 Einwohnern 9 % und bei Gemeinden über 100 000 Einwohnern 11 % unehelich geborene Kinder. In München ist die Anzahl unehelich geborener Kinder besonders hoch, trotzdem ist die P.L. in München nicht höher als im bayerischen

oder im Bundesdurchschnitt. Wohl dagegen an der I. UFK München, an der der Anteil unehelich Geborener noch im Jahre 1972 13,53 % betrug. Nach Angaben des Bayer. Stat. Landesamtes München betrug die P.L. in Bayern 1910 bei ehelich geborenen Kindern 5,82 % und unehelich geborenen Kindern 7,23 %, 1960 3,57 % ehelich Geborene und 5,46 % unehelich Geborene, 1972 nur noch 2,24 % ehelich Geborene und 4,01 % unehelich Geborene. Im Bundesdurchschnitt starben 1972 2,15 % ehelich Geborene und 3,76 % unehelich Geborene. An der I. UFK München starben 1972 4,22 % ehelich und 5,65 % unehelich Geborene, 1963/64 waren es noch 4,41 % ehelich und 6,45 % unehelich Geborene. Nach der Untersuchung von Keding in Hamburg zwischen 1968 und 1972 starben in diesem Zeitraum 2,13 % ehelich geborene Kinder gegenüber 3,31 % unehelich geborene Kinder. In der Untersuchung von H. Flattes (1958 - 1960) wird angegeben, daß 3,1 % der ehelich geborenen Kinder starben gegenüber 8,5 % der unehelich geborenen Kinder.

Die Bayerische Statistik 1972 zeigt, daß 1,38 % der unehelichen Kinder intrauterin starben gegenüber 0,84 % ehelicher Kinder. An der I. UFK starben dagegen fast 4mal soviel eheliche Kinder wie uneheliche Kinder (1,63 % : 0,43 %). In der Bayerischen Statistik 1973 wird eine Frühgeburtenhäufigkeit von 5,4 % bei ehelichen Kindern und 10,4 % bei unehelichen Kindern angegeben. An der I. UFK 1972 gab es bei den ledigen Frauen ebenfalls doppelt soviel Frühgeburten wie bei verheirateten Frauen (14,78 % : 7,67 %). Hierin sind die Frühgeburten unter 1000 gr inbegriffen.

Frühgeburten unter 1000 gr hatten ledige Frauen mit 1,74 % viermal soviel wie verheiratete Frauen mit 0,48 %. Läßt man diese Frühgeburten unter 1000 gr unberücksichtigt, so hatten immerhin noch 13,04 % der ledigen Frauen Frühgeburten zwischen 1000 und 2500 gr gegenüber 7,14 % der verheirateten Frauen.

Die hohe perinatale Letalität und die hohe Frühgeburtenhäufigkeit bei ledigen Frauen läßt sich durch die sehr mangelhafte Schwangerenberatung dieser Frauen erklären. 15,22 % der ledigen Frauen waren ohne Beratung gegenüber nur 1,97 % der verheirateten Frauen. 26,09 % der ledigen Frauen waren ungenügend betreut (1 bis 3mal) gegenüber 11,90 % der verheirateten Frauen. Genügend beraten waren dagegen nur 47,39 % der ledigen Frauen gegenüber 70,27 % der verheirateten Frauen. Die perinatale Letalität bei den ledigen Frauen ohne Beratung betrug 14,29 %, bei den ungenügend beratenen 6,67 %, bei den genügend beratenen 1,83 %. Bei den verheirateten Frauen war das Verhältnis etwa gleich. 1 bis 10mal in der Poliklinik zur Beratung waren ledige Frauen nur 42,61 % mit einer P.L. von 3,06 %, verheiratete Frauen 61,16 % mit einer P.L. von 2,11 %.

1 bis 10mal außerhalb waren 30,87 % der ledigen Frauen mit einer geringen P.L. von 4,23 %. 21,02 % der verheirateten Frauen waren 1 bis 10mal außerhalb zur Beratung mit einer sehr hohen P.L. von 10,36 %. Von den verheirateten Allgemeinpatientinnen waren 27,63 % 1 bis 10mal außerhalb zur Beratung mit einer noch höheren P.L. von 11,28 %. Von den Privatpatientinnen waren zwar nur 9,63 % 1 bis 10mal außerhalb zur Beratung. Auch hier ist die P.L. jedoch mit 5,78 % sehr hoch. Eigenartig ist auch, daß die P.L. bei den deutschen Frauen, die 1 bis 10mal außerhalb zur Beratung waren, mit 10,95 % insgesamt und bei den Allgemeinpatientinnen mit 12,16 % sowie den Privatpatientinnen mit 5,76 % ungewöhnlich hoch liegt. Es besteht hier ein Zusammenhang zwischen verheirateten und deutschen Frauen, denn wie sonst könnte die perinatale Letalität bei diesen Frauen, die 1 bis 10mal außerhalb zur Beratung waren, so hoch liegen. Ledige Frauen und Gastarbeiterinnen waren zwar insgesamt ebenso häufig 1 bis 10mal außerhalb zur Beratung, die P.L. ist jedoch bei beiden Gruppen um die Hälfte niedriger als bei verheirateten und deutschen Frauen.

Von den 1700 Frauen, die an der I. Universitätsfrauenklinik München 1972 entbunden wurden, waren 13,53 % ledig. Von den Allgemeinpatientinnen sogar 19,34 %, von den Privatpatientinnen nur 1,28 %.

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit kristallisieren sich folgende 3 Feststellungen heraus:

- 1.) Die große Abhängigkeit der perinatalen Letalität und der Frühgeburtenhäufigkeit von der Schwangerenberatung, in der vorliegenden Arbeit besonders von der Quantität der Schwangerenberatung.
- 2.) Die unterschiedliche Ausnutzung der Schwangerenvorsorge in den verschiedenen sozioökonomischen Schichten.
- 3.) Die offenbar unterschiedliche Qualität der Schwangerschaftsberatung in der Poliklinik und bei den niedergelassenen Ärzten.

Zu Punkt 1. und 2.:

Perinatale Letalität und Frühgeburtenhäufigkeit ist bei Schwangeren ohne Beratung 7mal so hoch wie bei den Schwangeren, die 4mal und mehr zur Beratung in der Poliklinik waren. Ledige Frauen, Gastarbeiterinnen, Frauen zwischen 15 und 25 Jahren sowie Multiparae waren am meisten ohne Betreuung. Deutsche Allgemeinpatientinnen, ledige Frauen und Frauen zwischen 15 und 25 Jahren sowie Multiparae waren am wenigsten genügend zur Beratung. Privatpatientinnen, die im Allgemeinen eine höhere soziale Schicht vertreten, wiesen die niedrigste P.L. und Frühgeburtenhäufigkeit auf (P.L. um die Hälfte und Frühgeburtenhäufigkeit um das 3fache geringer als Allgemeinpatientinnen).

Zu Punkt 3.:

Schwangere, die 1 bis 10mal bei einem niedergelassenen Gynäkologen oder praktischen Arzt zur Beratung waren wiesen insgesamt eine doppelt so hohe perinatale Letalität und Frühgeburtenhäufigkeit auf als die Schwangeren,

die 4mal und mehr in der Poliklinik zur Beratung waren. Verheirate und deutsche Schwangere, die 1 bis 10mal außerhalb zur Beratung waren, hatten eine P.L. von 10,36 % bzw. 10,95 %, deutsche Allgemeinpatientinnen sogar 11,28 % bzw. 12,16 %. Überraschenderweise war die P.L. bei ledigen und Gastarbeiterinnen, die 1 bis 10mal außerhalb zur Beratung waren, um die Hälfte niedriger als bei deutschen Frauen und verheirateten Frauen außerhalb zur Beratung. Auch die Frühgeburtenhäufigkeit war bei deutschen Allgemeinpatientinnen und verheirateten Patientinnen, die außerhalb zur Beratung waren, deutlich höher als bei Ledigen und Gastarbeiterinnen, die außerhalb zur Beratung waren. Auf die Ursachen für die wesentlich höhere perinatale Letalität und Frühgeburtenhäufigkeit in der sogenannten niedrigeren sozialen Schicht wies bereits 1965 Döring hin. In der Bundesrepublik Deutschland ist die Aufklärung der Allgemeinbevölkerung auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge, speziell auf dem Gebiete der Physiologie und Pathologie der Fortpflanzung, sehr schlecht. Es fehlt der Anreiz zur Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen wie in Frankreich z.B. durch Koppelung finanzieller Beihilfen an den Nachweis regelmäßiger Schwangerenkontrollen. Außerdem ist es bis heute noch vielen geburtshilflichen Fachabteilungen und nichtakademischen Frauenkliniken nicht möglich, allgemeine Schwangerenberatungsstellen einzurichten, um so eine enge und kollegiale Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis bei der Betreuung von Risikofällen zu gewährleisten. Auch heute noch werden im Rahmen der Schwangerenbetreuung von Seiten des Arztes wichtige Untersuchungen unterlassen bzw. besteht eine Unkenntnis über die Möglichkeit der Intensivbetreuung der Risikoschwangeren. Besonders die Unkenntnis vieler niedergelassener Gynäkologen und praktischer Ärzte über die modernen Möglichkeiten wie Ultraschall, CTG, Amniozentese u.a. Verfahren macht oft eine gute Zusammenarbeit mit der Klinik unmöglich. Mutterpässe werden auch heute noch sehr oft ungenügend ausge-

füllt bzw. den Frauen erst garnicht gegeben. Außerdem besteht eine eigenartige Angst bei vielen niedergelassenen Ärzten, Privatpatientinnen zu verlieren, wenn diese erstmal mit den modernen Möglichkeiten der Schwangerenüberwachung und vor allem der Geburtsüberwachung in Berührung gekommen sind. Es wird manchmal beobachtet, daß verschiedene Ärzte es in Kauf nehmen, ihre Risikoschwangeren lieber selbst ungenügend zu betreuen, als sie evtl. zu verlieren, nachdem sie sie an ein Risikoschwangerschaftszentrum überwiesen haben. Aus eigener Erfahrung an einer größeren Frauenklinik können einige Beispiele über die Unkenntnis und die mangelnde Zusammenarbeit mancher Gynäkologen und praktischen Ärzte gebracht werden. Es fiel häufig auf, daß Schwangere mit Rhesusinkompatibilität und erhöhtem Anti-D-Titer unbesorgt in der Schwangerenberatung der betreffenden Ärzte waren, ohne sie einer weitergehenden Diagnostik mit Amniozentese und Delta-E-Bestimmung an der Klinik zuzuführen, obwohl dort seit einigen Jahren eine gut geführte Risikovorsorge betrieben wird. Da es meistens die gleichen Ärzte sind, die diese Unterlassungen begehen, muß man annehmen, daß diese noch nie von Amniozentese, Delta-E-Bestimmung und evtl. intrauterinem Blutaustausch^{en} und vorzeitiger Entbindung gehört haben. Die gleichen Probleme tauchten auf bei Schwangeren mit Diabetes mellitus, EPH-Gestose, Plazentainsuffizienz. Auch die frühzeitige Hospitalisierung, Cerclage und Tokolyse bei Schwangeren mit Gemini stößt in vielen Fällen auf Ablehnung durch Unkenntnis und Widerwillen gegen neue Methoden. Es kommt sehr häufig vor, daß Schwangere erst in der 38./39. SSW zur ersten Ultraschalluntersuchung geschickt werden, um den Termin zu bestimmen. Trotz mehrmaligem Hinweis darauf, daß nur eine kontinuierliche Ultraschalluntersuchung mindestens vor der 20. Schwangerschaftswoche an Auskunft über normales Wachstum und zeitentsprechendem Befund geben kann, werden die Schwangeren erst sehr spät überwiesen. Erfreulicherweise konnte durch regelmäßige

Fortbildungen unserer Klinik, zu denen niedergelassene Gynäkologen und praktische Ärzte eingeladen werden, eine wesentliche Intensivierung der Risikovorsorge erreicht werden.

Solange nicht alle Frauen aller sozialen Schichten über Sinn und Zweck der Schwangerenberatung aufgeklärt werden und die emotionsgeladenen Konkurrenzgedanken vieler niedergelassener Gynäkologen und praktischen Ärzte beschwichtigt bzw. beseitigt werden, wird es in der Bundesrepublik Deutschland zu keiner signifikant verbesserten Schwangerenberatung kommen. Ein Beweis für den Erfolg guter Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis ist die niedrige perinatale Letalität und Frühgeburtenhäufigkeit bei den Frauen, die in der Poliklinik und außerhalb zur Beratung waren. Was in den skandinavischen Ländern und vor allem in Holland schon lange Selbstverständlichkeit ist, sollte auch in der Bundesrepublik Deutschland durchführbar sein, nämlich eine gute Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und der Klinik im Interesse der Schwangeren und der Neugeborenen. Dabei ist es wichtig, von vornherein Vorurteile gegenüber den modernen Einrichtungen in der Klinik abzubauen. Der Klinikarzt ist nicht daran interessiert, Patientinnen abzuwerben, sondern will im Rahmen seiner ihm gestellten Aufgabe und der naturbedingt besseren apparativen Ausrüstung Risikoschwangere betreuen. Den Beweis für eine weitere Senkung der perinatalen Mortalität durch Einführung von Intensivüberwachungsmethoden bei vorhandener ausgezeichnete konventioneller Schwangerenvorsorge konnte Kubli 1971 am Beispiel der Universitätsfrauenklinik Basel erbringen. Nach klinischem Einsatz sämtlicher für die Intensivgeburtshilfe vorgesehenen Verfahren sank die Zahl aller totgeborenen oder innerhalb der ersten 10 Tage verstorbener Kinder ab 30 cm Länge von 2,26 % auf 1,75 % und die Schnittentbindungs-frequenz von 10,6 % auf 7,3 %.

Zum Schluß dieser letzten Ausführungen muß noch einmal an die Ursachen für die schlechte Schwangerenberatung in der Bundesrepublik Deutschland erinnert werden, die Döring bereits 1965 nannte. Abgesehen von der wesentlich verbesserten Kassenleistung, bedingt durch die 3 Mutterschaftsrichtlinien in den letzten 10 Jahren, verbleiben die restlichen 4 Ursachen weiterhin.

K.A. Hüter forderte auf dem II. Deutschen Kongreß für Perinatale Medizin in Berlin 1969 bereits das, was im Arbeitsbericht eines Sachverständigenausschusses der Stadt München im Juli 1975 gefordert wird. Zur Hebung der Quantität der Untersuchungen wurden von Hüter folgende Vorschläge gemacht:

- 1.) Aufklärung der Bevölkerung über die Notwendigkeit der Untersuchungen durch die öffentliche Publikationsorgane (Fernsehen, Rundfunk, Presse).
- 2.) Gesundheitliche Schulungskurse für werdende Mütter.
- 3.) Mitarbeit der behandelnden Ärzte, die die von ihnen betreuten Schwangeren in den von den Mutterschaftsrichtlinien empfohlenen Zeitabständen einbestellen sollen.
- 4.) Gewährleistung von mindestens 10 Routineuntersuchungen durch die Versicherungsträger.
Dazu ist zu bemerken, daß im Jahre 1969 schon in Holland, England, Frankreich, Schweden und Österreich keine zahlenmäßige Begrenzung der Routineuntersuchungen durch die Kostenträger bestand.
- 5.) Einschaltung der niedergelassenen Hebammen in die Routinevorsorge.

Zur Qualität der Untersuchungen erhob Hüter folgende Forderungen:

- 1.) Fachlicher Nachweis für Ärzte.

Alle Ärzte, die in der Schwangerenvorsorge tätig

sein wollen, sollten einen Leistungsnachweis erbringen. Es sollte ein jährlich einmaliger 4wöchiger Ärzteaustausch zwischen Klinik und Praxis erfolgen. In den Niederlanden wurde dies bereits vor 1969 verwirklicht, an den Kliniken in Deutschland bestehen jedoch personelle Schwierigkeiten.

- 2.) Der Mutterpaß sollte exakt ausgefüllt werden und der Mutter überreicht werden. Der Einfluß des Mutterpasses auf die Qualität der Vorsorge wurde von ihm darin gesehen, daß sowohl der Arzt als auch die Patientin über Art und Umfang der Untersuchung informiert werden.

3.) Risikovorsorge

- a) Zusammenarbeit Praxis - Klinik. In Holland, England, Frankreich und Schweden werden die in der Praxis festgestellten Risikofälle zur Weiterbehandlung an die Kliniken überwiesen. In Holland besteht ein Katalog, in dem genau festgelegt ist, unter welchen Voraussetzungen diese Überweisung zu erfolgen hat. Durch eine sehr großzügige Auslegung der Indikation zur Kliniküberweisung wird im allgemeinen die frühzeitige Erfassung der Risikofälle gewährleistet. Die niedrige perinatale Mortalität trotz einer Hausentbindungsfrequenz von 60 % wird im wesentlichen darauf zurückgeführt.

- 4.) Einbeziehung der Kliniken in die Schwangerenvorsorge. In England, Frankreich, Schweden und den Niederlanden sind die Kliniken in die allgemeine Vorsorge, erst recht aber in die Risikovorsorge einbezogen. In der BRD besteht diese Möglichkeit nur für einzelne Universitätskliniken, nicht aber für die Landes- und großen Städtischen und konfessionellen Frauenkliniken. In mittleren und kleineren Kliniken ist die Kassenzulassung an die Person des Chefarztes

gebunden, der diese Arbeit aber nicht bewältigen kann rein physisch. Ziel der Einbeziehung der Klinik in die Schwangerenvorsorge ist

- a) die Ausbildung der Ärzte, die in Zukunft die Betreuung der Schwangeren durchführen sollen,
- b) Betreuung der Risikofälle gemeinsam mit der Praxis.

5.) Errichtung von geburtsmedizinischen Zentren.

Mit Recht wurde schon 1969 die Auffassung vertreten, daß an manchen Kliniken weder die apparative noch die personelle Voraussetzung zur Durchführung einer Risiko- geburtshilfe bestand. Diese Kliniken sollten sich auf die Behandlung von Normalfällen während der Schwangerschaft und Geburt beschränken. Um so zwingender ergab sich die Forderung nach der Einrichtung von geburts- medizinischen Zentren, in denen

- a) eine Intensivvorsorge während der Schwangerschaft und
 - b) eine Intensivbetreuung während der Risikogeburten durchgeführt werden und denen
 - c) eine Neugeborenenintensivstation angeschlossen ist.
- Diese Zentren, personell und apparativ optimal ausgestattet, müßten zahlreich genug sein und so über das Land verteilt sein, daß sie ohne größere Schwierigkeiten erreicht werden können. Bis heute sind die in der BRD vorhandenen Zentren personell schlecht ausgestattet und für die Durchführung einer Risikogeburtshilfe in dem notwendigen Umfang unzureichend. Je größer die Zahl der geburtsmedizinischen Zentren ist, desto nachhaltiger dürfte ihr Einfluß auf die Senkung der mütterlichen und perinatalen kindlichen Mortalität und Morbidität sein.

Auch Berg D. forderte 1973 anläßlich eines Podiumsgesprächs auf dem V. Kongreß für Perinatale Medizin eine Überbrückung der in Deutschland sehr großen Schwierigkeiten in der kollegialen Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis. Es wurden in dem Podiumsgespräch

Richtlinien ausgearbeitet, die eine Zusammenarbeit zwischen Klinik, Klinikambulanz und niedergelassenem Arzt bei der Schwangerenbetreuung optimal gewährleisten könnten. Als fahrlässig wurde angesehen die Nichterkennung eines nach heutigem Wissen erkennbaren Risikos und die mangelhafte kollegiale Zusammenarbeit in der Betreuung der Risikopatientin. Kollegen, die gegen diese Grundsätze verstoßen, sollten nicht den Schutz des Berufsverbandes erfahren.

In München wurde am 3.4.1974 auf Beschluß des Stadtrats ein Arbeitskreis für Perinatalogie gebildet, der sich die Aufgabe gestellt hatte, die Ursachen der perinatalen Sterblichkeit weiter zu klären, den Ursachen der hohen Gefährdung von Neugeborenen lediger Mütter und anderer Risikogruppen nachzugehen und auf eine optimale Zusammenarbeit zwischen geburtshilflichen Kliniken und speziell ausgebildeten Kinderärzten hinzuwirken. Die Expertengruppe dieses Arbeitskreises schlug zur Verbesserung und Intensivierung der Schwangerenbetreuung folgendes vor:

- 1.) Bessere Aufklärung in Form von mehrsprachigen ärztlichen Richtlinien.
- 2.) Aktivierung der weniger gesundheitsbewußten Schwangeren zur Schwangerenvorsorgeuntersuchung zu gehen, damit Risikoschwangerschaften rechtzeitig erkannt werden können.
- 3.) Verbesserung der sozialfürsorgerischen Aufklärung lediger Mütter, die es mit allen möglichen Mitteln versuchen, die Geburt normaler Kinder zu verhüten und als Folge davon Risikoschwangerschaften und Frühgeburten liefern.

Folgende weitere Vorschläge wurden ausgearbeitet:

- A) Motivierung der Patientinnen zur Schwangerenvorsorgeuntersuchung durch

- 1.) Erstellung einer Informationsschrift für Schwangere mit Hinweisen auf
 - a) die Notwendigkeit einer Vorsorgeuntersuchung,
 - b) Gefahren der Schwangerschaft,
 - c) die neuen Mutterschaftsrichtlinien,
 - d) Hilfen für die Schwangeren, die Mutter und das Kind.

Die Informationsschrift soll gleichzeitig die speziellen ärztlichen Ratschläge und Richtlinien enthalten für die werdende Mutter und für Wöchnerinnen.

Diese Informationsschriften sollen durch Betrieb, Wohlfahrt, Ausländerbeirat, Lohnsteuerstellen, Gewerkschaften, Pro Familia, Ausländerberatungsstellen in den am häufigsten gebräuchlichen Sprachen verteilt werden.

B) Vorschläge zur besseren Durchführung der Schwangeren vorsorge

- 1.) Verteilung der Informationsschrift in allen Praxen der behandelnden Ärzte zur Aufklärung über Einzelheiten der notwendigen Vorsorgeuntersuchungen bei normalen und Risikoschwangerschaften.
- 2.) Erstellung eines einheitlichen, mehrsprachigen, geburtshilflichen Erhebungsbogens im Ja/Nein-System mit allen für die Geburtshilfe wichtigen Daten.
- 3.) Verbesserung der Kommunikation zwischen den Ärzten, die die Schwangerenvorsorge durchführen und ihren Kollegen in den Entbindungsanstalten, unter Integrierung der ab 1.4.1975 in Kraft getretenen Neufassung der Richtlinien der Mutterschaftsvorsorge mit allen dadurch gegebenen Möglichkeiten der gemeinsamen Intensivbetreuung von Risikoschwangerschaften.

Besonders ist in diesem Zusammenhang auf die

Eigeninitiative der Münchener Gynäkologen und Pädiater der perinatalen Arbeitsgemeinschaft hinzuweisen. Es wird für jede Geburt in den Münchner gynäkologischen Abteilungen und in Amberg ein ausführlicher Erhebungsbogen über Schwangerschaft und Geburtsverlauf sowie über das Neugeborene ausgefüllt unter völliger Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und in verschlüsselter Form. Diese Erhebungsbögen werden für fast alle gynäkologisch-geburtshilflichen und pädiatrischen Kliniken am Ende des Jahres mit Hilfe eines Computers ausgewertet. Der Prototyp dieses Erhebungsbogens, entworfen von Privatdozent Dr. Lochmüller, war der Erhebungsbogen, der für diese Arbeit verwandt wurde.

Aus allen diesen Forderungen und Vorschlägen geht Abschließendes hervor:

Jede Intensivüberwachung in der Geburtshilfe hat eine optimale Schwangerenvorsorge zur Voraussetzung. Ein erhöhtes Schwangerschafts- und Geburtsrisiko ist rechtzeitig erkennbar. Die Schwangerenvorsorge, heute in die Hand des niedergelassenen Arztes gelegt, stellt die Weichen. Wenn es gelingt, die Schwangerenvorsorge zu intensivieren, die Risikofälle frühzeitig zu selektieren und dieselben einer geburtshilflichen Intensivüberwachung zuzuführen, werden die perinatalen Todesfälle und die Frühgeburten weiter abnehmen und die Spätschäden sich vermindern lassen.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Geburtsjahrgänge 1963/64 und 1972 der 1. Universitätsfrauenklinik München wurden statistisch erfaßt und verglichen mit der Fragestellung, wie abhängig die perinatale Letalität von Anzahl und Ort der Schwangerenberatung bei den sozioökonomisch verschiedenen Patientinnengruppen und -klassen war. Gleichzeitig wurde der Anteil an Frühgeburten, intrauterinem Fruchttod und Neugeborenen mit mehr als 2500 gr sowie die dazugehörige perinatale Letalität in der jeweiligen Patientinnengruppe ermittelt. Die Arbeit stellt einen Zehnjahresüberblick der Schwangerenberatung und Geburtshilfe an der 1. Universitätsfrauenklinik München dar und soll feststellen, wie sich die Mutterschaftsrichtlinien 1965 und 1971 auf die Schwangerenberatung ausgewirkt hat.

Für 1972 wurde erstmals ein die Schwangerschaft und Geburt umfassender Erhebungsbogen im Rahmen der Perinatalen Arbeitsgemeinschaft München verwandt.

1972 waren deutlich weniger Patientinnen ohne Beratung, dagegen mehr Patientinnen in der Poliklinik zur ausreichenden Beratung als 1963/64. Patientinnen ohne Beratung wiesen eine siebenmal höhere P.L. auf als Patientinnen mit Beratung in der Poliklinik. Die P.L. der Patientinnen mit außerhalb der Klinik durchgeführten Beratungen war zwei bis 4mal so hoch wie bei denen mit Beratung in der Poliklinik.

Privatpatientinnen waren 100 % zur Beratung, davon 80 % in der Klinik. Sie hatten die geringste P.L. und Frühgeburtenrate, aber die höchste Rate an intrauterinem Fruchttod und Neugeborenen mit mehr als 2500 gr. Letztere Geburtengruppen sind bedingt durch die verschiedene Altersgruppierung. Von den Privatpatientinnen waren über 80 % älter als 30 Jahre, von den Allgemeinpatientinnen nur 45 %.

Der Anteil lediger Schwangerer lag weit höher als der Bundesdurchschnitt. Ledige waren sehr oft ohne Beratung, hatten die höchste P.L. und Frühgeburtenrate. Auch Multiparae waren zurückhaltender in der Schwangerschaftsberatung als Nulliparae.

Gastarbeiterinnen waren durchwegs Allgemeinpatientinnen, hatten eine deutlich niedrigere P.L. und Frühgeburtenrate als deutsche Allgemeinpatientinnen. Sie waren wesentlich häufiger in der Poliklinik zur Beratung als deutsche Allgemeinpatientinnen, die meistens außerhalb der Poliklinik zur Beratung waren.

Die Frühgeburtenrate sank von 11 % auf 8,9 %, jedoch nur die Frühgeburten unter 1000 gr nahmen deutlich ab, von 31 % auf 13 %, während die Frühgeburten über 1000 gr geringfügig zunahmen. Der Frühgeburtenanteil an der Gesamt-P.L. sank daher auch von 60 auf 50 %.

Die meisten Frühgeburten gab es bei Frauen ohne Beratung, Ledigen, Frauen zwischen 15 und 25 Jahren; deutsche Allgemeinpatientinnen hatten über 10 %, Privatpatientinnen nur 3,66 % Frühgeburten.

Intrauteriner Fruchttod trat bei älteren besonders häufig auf, 80 % der Totgeburten starben vor Klinik-einweisung, davon waren 2/3 außerhalb zur Beratung.

Insgesamt gesehen sank die perinatale Letalität nur gering, die Frühgeburtenrate sank erheblich, aber nur wegen der Senkung der Frühgeburtenrate unter 1000 gr, die Totgeburtenrate blieb gleich hoch, Neugeborene über 2500 gr starben mehr als 10 Jahre zuvor.

Die Beratungsfrequenz hat zugenommen; leider nur die Quantität und nicht die Qualität, denn die P.L. der Frauen mit außerhalb durchgeführten Beratungen liegt eklatant hoch.

Die Mutterschaftsrichtlinien haben innerhalb der 10 Jahre (1963 - 1972) leider keine wesentlich bessere Ausnützung der Schwangerenberatung durch deutsche Allgemeinpatientinnen gebracht, obwohl wesentliche soziale Anreize geboten wurden.

Die Gründe liegen wohl vorwiegend darin, daß

- 1.) deutsche Frauen der allgemeinen Klasse ein weniger stark ausgeprägtes Gesundheitsbewußtsein und Verantwortungsgefühl für ihr Kind haben als deutsche Privatpatientinnen und auch Gastarbeiterinnen. Es wurde bewußt in dieser Arbeit unterteilt in Privat- und Allgemeinpatientinnen. Die Gastarbeiterinnen sind nur Allgemeinpatientinnen und können daher nur mit deutschen Allgemeinpatientinnen verglichen werden und nicht mit Privat- und Allgemeinpatientinnen zusammen. Die gute Schwangerenbetreuung der Privatpatientinnen und die niedrige P.L. und Frühgeburtenhäufigkeit verwischt die wahren schlechten Verhältnisse bei den deutschen Allgemeinpatientinnen.
- 2.) die niedergelassenen Ärzte noch nicht den Sinn der Mutterschaftsrichtlinien begriffen haben. Aus Zeitmangel oder Unkenntnis werden Untersuchungen unterlassen, die nicht zu verantworten sind. Die perinatale Letalität der Patientinnen, die von ihnen betreut werden, spricht für sich.

Ohne Anpassung an die moderne Schwangerenberatung im Sinne der bis jetzt 3 Schwangerschaftsrichtlinien und ohne bessere Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis und die Bereitwilligkeit, Risikopatientinnen abzugeben, wird die gegenwärtige Situation (1976) nicht zu verbessern sein.

Tabelle 8

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1963/64
ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN UND FAMILIENSTAND IM VERHÄLTNISS ZUR PERINAT.LETALITÄT
UND DER ZAHL DER SCHWANGERENBERATUNG -- ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN --

	I-para	Ulti-para	verheiratet	ledig	gesamt
Gesamt	2491=45,67 %	2963=54,33 %	4369=80,11 %	1085=19,89 %	5454
perinat.Letalität	124= 4,98 %	139= 4,69 %	193= 4,41 %	70= 6,45 %	263= 4,82 %
mit Beratung	2334=46,90 % (93,70%)	2633=53,10 % (88,86%)	4081=82,13 % (93,41%)	886=17,83 % (81,66%)	4967=91,08 %
perinat.Letalität	91= 3,89 %	91= 3,45 %	144= 3,52 %	38= 4,29 %	182= 3,66 %
ohne Beratung	157=32,23 % (6,30%)	330=67,77 % (11,14%)	288=59,14 % (6,59%)	199=40,86 % (18,34%)	487= 8,92 %
perinat.Letalität	33=21,02%	48=14,54 %	49=17,01 %	32=16,08 %	81=16,63 %

Tabelle 9

I. UNIVERSITÄTSFRAUKENKLINIK MÜNCHEN 1963/64
ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN UND FAMILIENSTAND IM VERHÄLTNISS ZUR PERINAT. LETALITÄT
UND DER ZAHL DER SCHWANGERENBERATUNG - ALLGEMEINPATIENTINNEN -

	I-para	Multi-para	verheiratet	ledig	gesamt
Gesamt	2038=47,33 %	2268=52,67 %	3241=75,27 %	1065=24,73 %	4306=78,95 %
perinat. Letalität	114= 5,59 %	126= 5,55 %	170= 5,25 %	70= 6,45 %	240= 5,57 %
mit Beratung	1892=92,84 % (49,1%)	1963=86,56 % (50,92%)	2988=92,20 % (77,51%)	867=81,41 % (22,49%)	3855=89,53 %
perinat. Letalität	82= 4,33 %	79= 4,02 %	123= 4,12 %	38= 4,38 %	161= 4,18 %
ohne Beratung	146= 7,16 % (32,37%)	305=13,45 % (67,63%)	253= 7,81 % (56,10%)	198=18,59 % (43,90%)	451=10,47 %
perinat. Letalität	32=21,92 %	47=15,41 %	47=18,58%	32=16,16 %	79=17,52 %

Tabell 10

I. UNIVERSITÄTSFRAUKENKLINIK MÜNCHEN 1963/64
ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN UND FAMILIENSTAND IM VERHÄLTNIS ZUR PERINAT. LETALITÄT
UND DER ZAHL DER SCHWANGERENBERATUNG - PRIVATPATIENTINNEN -

	I-para	Multi-para	verheiratet	ledig	gesamt
Gesamt	453=39,46 %	695=60,54 %	1128=98,26 %	20= 1,74 %	1148=21,05 %
perinat. Letalität	10= 2,21 %	13= 1,87 %	23= 2,04 %	0	23= 2,00 %
mit Beratung	442=97,57 % (39,75%)	670=96,40 % (60,25%)	1093=96,90 % (98,29%)	19=95,00 % (1,71%)	1112=96,86 %
perinat. Letalität	9= 2,04 %	12= 1,73 %	21= 1,92 %	0	21= 1,89 %
ohne Beratung	11= 2,43 % (30,56%)	25= 3,60 % (69,44%)	35= 3,10 % (97,22%)	1= 5,00 % (2,78%)	36= 3,14 %
perinat. Letalität	1= 9,09 %	1= 4,00 %	2= 5,71 %	0	2= 5,55 %

Tabelle 11

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1963/64
ANZAHL DER SCHWANGENBERATUNGEN IM VERHÄLTNIS ZUR PERINATALEN LETALITÄT
ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

	ohne Beratung	1-3x hier	4x und mehr hier	1 - 3x außerhalb	4x u. mehr außerhalb	gesamt
Anzahl der Frauen	487= 8,9 %	1247=22,86 %	1723=31,59 %	903=16,55 %	1094=20,06 %	5454=100 %
perinatale Letalität	81=16,63 %	37= 2,97 %	36= 2,09 %	63= 6,79 %	46= 4,21 %	263= 4,82 %

Tabelle 11a

ALLGEMEINPATIENTINNEN

Anzahl der Frauen	451=10,47 %	874=20,30 %	1159=26,92 %	831=19,30 %	991=23,01 %	4306=78,95 %
perinatale Letalität	79=17,52 %	32= 3,66 %	21= 1,81 %	63= 7,58 %	45= 4,54 %	240= 5,57 %

Tabelle 11b

PRIVATPATIENTINNEN

Anzahl der Frauen	36= 3,14 %	373=32,49 %	564=49,13 %	72= 6,27 %	103= 8,97 %	1148=21,05 %
perinatale Letalität	2= 5,55 %	5= 1,34 %	15= 2,67 %	0	1= 0,97 %	23= 2,00 %

Tabelle 12

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1963/64
ANZAHL DER SCHWANGENBERATUNG IM VERHÄLTNIS ZUR PERINATALEN LETALITÄT
ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

	ohne Beratung	1-3x hier u. außerhalb	ohne Beratg. 1-3x hier u. außerhalb	4x hier u. außerhalb	1-10x hier	1-10x außerhalb	gesamt
Anzahl der Frauen	487=	8,93 %	2150=39,42%	2637=48,84%	2817=51,16%	2970=54,45%	1997=36,61%
perinatale Letalität	81=	16,63 %	100= 4,65%	181= 6,86%	82= 2,91%	73= 2,46%	109= 5,45%
							263= 4,82%

Tabelle 13

ALLGEMEINPATIENTINNEN

Anzahl der Frauen	451=	10,47 %	1705=39,60%	2156=50,07%	2150=49,93%	2033=47,21%	1822=42,31%	4306=78,95%
perinatale Letalität	79=	17,52 %	95= 5,57%	174= 8,07%	66= 3,07%	53= 2,61%	108= 5,92%	240= 5,57%

Tabelle 14

PRIVATPATIENTINNEN

Anzahl der Frauen	36=	3,14 %	445=38,76%	481=41,90%	667=58,10%	937=81,62%	175=15,24%	1148=21,05%
perinatale Letalität	2=	5,55 %	5= 1,12%	7= 1,45%	16= 2,40%	20= 2,13%	1= 0,57%	23= 2,00%

Tabelle 15

I. UNIVERSITÄTSFRAUKENKLINIK MÜNCHEN 1963/64
ZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, BERUF, ALTER, FAMILIENSTAND IM VERHÄLTNISS ZUR
SCHWANGERENBERATUNG - ALLGEMEIN- UND PRIVATPACIENTINNEN -

gesamt	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	berufs- tätig	ohne Beruf	17 -25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre und mehr	
ohne Beratg.	81=30, 79%	49=25, 39%	32=45, 71%	33=26, 61%	48=34, 53%	48=32, 88%	33=28, 21%	42=36, 84%	16=27, 12%	23=25, 56%
1-3x hier zur Beratg.	37=14, 03%	29=15, 03%	8=11, 43%	15=12, 10%	22=15, 83%	18=12, 33%	19=16, 24%	17=14, 91%	9=15, 25%	13=14, 44%
4x u. mehr hier z.B.	36=13, 69%	31=16, 06%	5= 7, 14%	16=12, 90%	20=14, 39%	14= 9, 59%	22=18, 80%	11= 9, 65%	8=13, 56%	17=18, 80%
1-3x auß. zur Beratg.	63=23, 96%	46=23, 83%	17=24, 29%	30=24, 19%	33=23, 74%	36=24, 66%	27=23, 08%	22=19, 30%	17=28, 81%	24=26, 67%
4x u. mehr außerh.z.B.	46=17, 49%	38=19, 69%	8=11, 43%	30=24, 19%	16=11, 51%	29=19, 86%	17=14, 53%	22=19, 30%	11=18, 64%	13=14, 44%
Gesamt	263	193=73, 38%	70=26, 62%	124=47, 15%	139=52, 85%	146=55, 30%	117=44, 70%	114=43, 35%	59=22, 43%	90=34, 22%

Tabelle 16

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1963/64
ZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, BERUF, ALTER, FAMILIENSTAND IM VERHÄLTNIS ZUR
SCHWANGERENBERATUNG — ALLGEMEINPATIENTINNEN —

gesamt	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	berufs- tätig	ohne Beruf	17 — 25 Jahre	26 — 30 Jahre	31 Jahre und mehr
ohne Beratung									
79=32,92%	47=27,65%	32=45,71%	32=28,07%	47=37,30%	47=33,57%	32=32,00%	39=36,11%	16=30,77%	22=27,50%
1-3x hier zur Beratung									
32=13,33%	24=14,12%	8=11,43%	12=10,53%	20=15,87%	16=11,43%	16=16,00%	16=14,81%	4=7,69%	12=15,00%
4x u. mehr zur Beratung									
21=8,75%	16=9,41%	5=7,14%	11=9,65%	10=7,94%	12=8,57%	9=9,00%	8=7,41%	4=7,69%	9=11,25%
1-3x außerhalb zur Beratung									
63=26,25%	46=27,06%	17=24,29%	30=26,32%	33=26,19%	36=25,71%	27=27,00%	22=20,37%	17=32,69%	24=30,00%
4x u. mehr außerhalb zur Beratung									
45=18,75%	37=21,76%	8=11,43%	29=25,44%	16=12,70%	29=20,71%	16=16,00%	21=19,44%	11=21,15%	13=16,25%
Gesamt									
240=91,25%	170=70,83%	70=29,17%	114=47,08%	126=52,92%	140=57,92%	100=42,08%	108=45,00%	52=21,67%	80=33,33%

Tabelle 17

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1963/64
ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, BERUF, ALTER, FAMILIENSTAND IM VERHÄLTNIS
ZUR SCHWANGERENBERATUNG - PRIVATPATIENTINNEN-

gesamt	verhei- ratet	ledig	I-pa- ra	Multi- para	berufs- tätig	ohne Beruf	17 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre und mehr
ohne Beratung									
2	2	-	1	1	1	1	1	-	1
1-3x hier zur Beratung									
5	5	-	3	2	2	3	1	3	1
4x u. mehr zur Beratung									
15	15	-	5	10	2	13	3	4	8
1-3x außerhalb zur Beratung									
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4x u. mehr außerhalb zur Beratung									
1	1	-	1	-	-	1	1	-	-
Gesamt									
23= 8,75%	23	-	10	13	5	18	6	7	10

Tabelle 18
I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1963/64
SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT
BEI DEN 263 FRAUEN MIT GESTORBENEN KINDERN.

	gesamt	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	berufs- tätig	ohne Beruf	17 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre und mehr
<u>Ohne Beratung</u>										
zus.	81-50, 79%	49=25, 39%	52=45, 71%	33=26, 61%	48=34, 53%	48=32, 88%	35=28, 21%	42=36, 84%	16=27, 12%	23=25, 56%
allg.	79=52, 92%	47=27, 65%	32=45, 71%	32=28, 07%	47=37, 30%	47=33, 57%	52=32, 00%	41=38, 00%	16=30, 77%	22=27, 50%
Priv.	2= 8, 69%	2= 8, 69%	0	1=10 %	1= 7, 69%	1=16, 67%	1= 5, 88%	1=16, 67%	0	1=10 %
<u>ungenügend betreut</u>										
zus.	100=38, 02%	75=38, 86%	25=35, 71%	45=36, 29%	55=39, 57%	54=36, 99%	46=39, 32%	39=34, 21%	26=44, 07%	37=41, 11%
allg.	95=39, 58%	70=41, 18%	25=35, 71%	42=36, 84%	53=42, 06%	52=37, 14%	43=43 %	39=36, 11%	21=40, 38%	36=45 %
Priv.	5=21, 74%	5=21, 74%	0	3=30 %	2=15, 38%	2=33, 33%	3=17, 65%	0	5=71, 43%	1=10 %
<u>genügend betreut</u>										
zus.	82=31, 18%	69=35, 75%	13=18, 57%	46=37, 10%	36=25, 90%	43=29, 45%	39=33, 33%	33=28, 95%	19=32, 20%	50= 33, 33%
allg.	66=27, 50%	53=31, 18%	13=18, 57%	40=35, 08%	26=20, 63%	41=29, 29%	25=25 %	29=26, 85%	15=28, 85%	22=27, 50%
Priv.	16=69, 57%	16=69, 57%	0	6=60 %	10=76, 92%	3=50 %	13=76, 47%	5=83, 33%	3=28, 57%	8=80 %

Tabelle 18 - S. 2

gesamt	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	berufs- tätig	ohne Beruf	17 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre und mehr
<u>Gesamt</u>									
zus. 263=100 %	193=73, 38%	70=26, 62%	124=47, 15%	139=52, 85%	146=55, 30%	117=44, 70%	114=43, 55%	59=22, 43%	90=34, 22%
allg. 240=91.25%	170=70, 83%	70=29, 17%	114=47, 08%	126=52, 92%	140=57, 92%	100=42, 08%	108=45 %	52=21, 67%	80=33, 33%
Priv. 23= 8,75%	23=100 %	0	10=43, 48%	13=56, 52%	6=26, 09%	17=73, 91%	6=26, 09%	7=30, 43%	10=43, 48%

Tabelle 19

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1963/64

NORMALGEBURTEN, FRÜHGEBURTEN, INTRAUTERINER FRUCHTOD IM VERHÄLTNIS ZUM
 SOZ. STAND, PARITÄT, ALTER, BERUFSTÄTIGKEIT UND PERINATLE LETALITÄT
 - ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN -

	Gesamt	verhei- ratet	ledig	I- para	Multi- para	17-25 Jahre	26-30 Jahre	31 J. u. mehr	berufs- tätig	ohne hier Beruf gest.	außerh. gest.
Normalgeb.	20 7,60%	17 8,90%	3 4,17%	8 6,45%	12 8,65%	3 2,68%	6 9,84%	11 12,22%	8 5,48%	12 10,26%	
Frühgeb. 1000 gr	79 30,04%	61 31,61%	18 25,71%	42 33,87%	37 26,62%	37 33,04%	18 29,51%	24 26,67%	41 28,10%	38 32,48%	
Frühgeb. 1000 gr	81 30,79%	50 26,18%	31 43,06%	40 32,26%	41 29,50%	42 37,50%	18 29,51%	21 23,33%	54 37,00%	27 23,08%	
Intraut. Fruchttod	83 31,56%	64 33,50%	19 26,37%	34 27,42%	49 35,25%	30 26,79%	19 31,15%	34 37,78%	43 29,45%	40 34,19%	62 25,30%
Gesamt	263	193 75,38%	70 26,62%	124 47,15%	139 52,85%	114 43,35%	59 22,43%	90 34,22%	146 55,30%	117 44,70%	62 23,57%

Tabelle 20

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1963/64
 NORMALGEBURTEN, FRÜHGEBURTEN, INTRAUT. FRUCHTOD IM VERHÄLTNIS ZUR
 PARITÄT, ALTER, FAMILIENSTAND, BERUFSTÄTIGKEIT UND PERINAT. LETALITÄT
 - ALLGEMEINPATIENTINNEN - (ANGABEN IN %)

	gesamt	verhei- ratet	ledig	I- para	Multi- para	berufs- tätig	ohne Beruf	17 - 25 Jahre	26-30 Jahre	31 J. u. mehr	hier gest.	außerh. gest.
Normalgeb.	17 7,08 %	14 8,24 %	3 4,29 %	6 5,31 %	11 8,66 %	7 5,04 %	10 9,90 %	3 2,83 %	4 7,69 %	4 12,20 %		
Frühgeb. 1000 gr.	71 29,58 %	53 31,18 %	18 25,71 %	37 32,74 %	34 26,77 %	39 28,06 %	32 31,68 %	34 32,07 %	14 26,92 %	23 28,05 %		
Frühgeb. 1000 gr.	73 30,42 %	42 24,71 %	31 44,29 %	39 34,51 %	34 26,77 %	52 37,41 %	21 20,79 %	41 38,68 %	15 28,85 %	17 20,73 %		
Intraut. Fruchttod	80 33,33 %	61 35,88 %	19 27,14 %	32 28,32 %	48 37,32 %	42 30,22 %	38 37,62 %	29 27,36 %	19 36,54 %	32 39,02 %	20 25,00 %	60 75,00 %
Gesamt	240 91,25 %	170 70,83 %	70 29,17 %	114 47,08 %	126 52,92 %	140 57,92 %	100 42,08 %	108 45,00 %	52 21,67 %	80 33,33 %	20 8,33 %	60 25,00 %

Tabelle 21

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1963/64
 NORMALGEBURTEN, FRÜHGEBURTEN, INTRAUT. FRUCHTTOD IM VERHÄLTNIS ZUR
 PARITÄT, ALTER, FAMILIENSTAND, BERUFSTÄTIGKEIT UND PERINAT. LETALITÄT
 - PRIVATPATIENTINNEN -

	gesamt	verhei- ratet	I- ledig	I- para	Multi- para	berufs- tätig	ohne Beruf	17-25 Jahre	26-30 Jahre	31 J. hier u. mehr gest.	außerh. gest.
Normalgeb.	3	3	-	2	1	1	2	-	2	1	
Frühgeburt 1000 gr	8	8	-	4	4	2	6	3	2	3	
Frühgeburt 1000 gr	8	8	-	1	7	2	6	1	3	4	
Intraut. Fruchttod	4	4	-	3	1	2	2	2	-	2	1 2
Gesamt	23	23	-	10	15	7	16	6	7	10	1 2

Tabelle 22 I. UNIVERSITÄTSFRAUKENKLINIK MÜNCHEN 1972
ANTEIL DER GESTORBENEN FRÜHGEBURTEN AN DER GESAMT P.L.

verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre u. mehr	deutsch	Gastarb.	Gesamt
<u>allgemein und privat</u>									
26=41, 94%	12=92, 30%	17=47, 22%	21=53, 84%	18=69, 23%	9=50 %	11=35, 48%	28=47, 46%	10=62, 50%	38=50, 67%
<u>allgemein</u>									
21=45, 65%	12=92, 30%	16=53, 33%	17=58, 62%	18=72 %	4=22, 22%	11=47, 83%	24=54, 55 %	9=60 %	33=55, 93%
<u>privat</u>									
5=31, 25% 0		1=16, 66%	4 = 40%	0	5=71, 43%	0	4=26, 67%	1=100 %	5=31, 25%

Tabelle 22 - S. 2

FRÜHGEBURTEN GESAMT 1963/64

vorhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre u. mehr	berufs- tätig	ohne Beruf	Gesamt
<u>allgemein und privat</u>									
111=57, 51%	49=70 %	82=66, 15%	78=56, 12%	79 - 69, 30%	36=61, 02%	45=50 %	95	65	160=60, 84%
<u>allgemein</u>									
95=55, 88%	49=70 %	76=66, 66%	68=53, 97%	75=69, 44%	29=55, 77%	40=50 %	91=65 %	53=53 %	144=60 %
<u>privat</u>									
16=100 %	0	5=31, 25%	11=68, 75%	4=25 %	7=43, 75%	5=31, 25%	4=25 %	12=75 %	16=69, 57%

Tabelle 23

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1963/64
NORMALGEBURTEN

Gesamt	verheiratet	ledig	I-para	Multi-para	berufstätig	ohne Beruf	17 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre u. mehr
<u>ohne Beratung</u>									
4 = 20%	3	1	1	3	1	3		1	3
<u>1 - 3x hier zur Beratung</u>									
3 = 15%	3	1	1	2	1	2	1	-	2
<u>4x u. mehr zur Beratung</u>									
8 = 40%	7	1	4	4	3	5	1	3	4
<u>1 - 3x außerhalb zur Beratung</u>									
3 = 15%	2	1	1	2	1	2	-	1	2
<u>4x und mehr zur Beratung</u>									
2 = 10%	2	-	1	1	2	-	1	1	-
<u>Gesamt</u>									
20 = 7,60%	17=85 %	3=15 %	8=40 %	12=60 %	8=40 %	12=60 %	3=15 %	6=30 %	11=55 %

Tabelle 24

I. UNIVERSITÄTSPRAUENKLINIK MÜNCHEN 1963/64

FRÜHGEBURTEN 1000 gr UND 6 TOTGEB. 1000 gr.

Gesamt	verheiratet	ledig	I-para	Multi-para	berufstätig	ohne Beruf	17 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre u. mehr
<u>ohne Beratung</u>									
43=53,09%	23=46,00%	20=64,52%	21=52,50%	22=53,66%	29=53,70%	14=51,85%	26=63,41%	8=40%	9=45%
<u>1 - 3x hier zur Beratung</u>									
9=11,11%	6	3	4	5	5	4	4	3	2
<u>4x und mehr zur Beratung</u>									
10=12,35%	7	3	4	6	6	4	2	3	5
<u>1 - 3x außerhalb zur Beratung</u>									
12=14,81%	8	4	6	6	8	4	4	4	4
<u>4x und mehr außerhalb zur Beratung</u>									
7= 8,64%	6	1	5	2	6	1	5	2	-
<u>Gesamt</u>									
81=30,80%	50=61,73%	31=38,73%	40=49,38%	41=50,62%	54=66,67%	27=33,33%	41=50,62%	20=24,69%	20=24,69%

Tabelle 25
I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1963/64
FRÜHGEBURTEN 1000 gr.

Gesamt	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	berufs- tätig	ohne Beruf	17 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre u. mehr
<u>ohne Beratung</u>									
19=24,05%	11=18,33%	8=42,11%	9=21,43%	10=27,03%	10=24,39%	9=23,68%	11=29,73%	4=22,22%	4=16,66%
<u>1 - 3x hier zur Beratung</u>									
13=16,46%	11	2	8	5	8	5	8	2	3
<u>4x u. mehr zur Beratung</u>									
5= 6,33%	5	-	1	4	1	4	2	1	2
<u>1 - 3x außerh. zur Beratung</u>									
24=30,38%	16	8	15	9	16	8	9	7	8
<u>4x u. mehr außerh. z. Beratung</u>									
18=22,78%	17	1	9	9	6	12	7	4	7
<u>Gesamt</u>									
79=30,04%	60=75,95%	19=24,05%	42=53,16%	37=46,84%	41=51,90%	38=48,10%	37=46,84%	18=11,78%	24=30,38%

Tabelle 26

INTRAUTERINER FRUCHTOD
- ALLGEMEIN- UND PRIVATPATTIENTINNEN ZUSAMMEN -

Gesamt		verheiratet		I- ledig		Multi- para		berufs- tätig		ohne Beruf		17-25 Jahre		26-30 Jahre		31 J. u. mehr		außerh. hier gest.	
ohne	17	12	5	3	14	8	9	5	4	8	12	5	19	23	5	19	23	5	19
Beratung	20,48%	18,75%	26,32%	8,82%	28,37%	19,05%	21,95%	16,67%	21,05%	23,53%	19,35%	23,81%							
1 - 3x	11	9	2	1	10	4	7	3	3	5	6	5							
z. Beratg.	13,25%																		
4x u. mehr	12	10	2	7	5	5	7	5	2	5	9	3							
z. Beratg.	14,46%																		
1 - 3x auß.	24	20	4	8	16	10	14	8	6	10	19	5							
z. Beratg.	28,89%																		
4x u. mehr	19	13	6	15	4	15	4	9	4	6	16	3							
z. Beratg.	22,89%																		
Gesamt	83	64	19	34	49	42	41	30	19	34	62	21							
	31,56%	77,11%	22,89%	40,96%	59,04%	50,60%	49,40%	36,14%	22,89%	40,96%	74,70%	25,30%							

27 = 32,53 % 2500 gr.
50 = 60,24 % 1000 gr. 2500 gr.
6 = 7,23 % 1000 gr.

Tabelle 27

ÜBERSICHT ÜBER DIE SCHWANGERENBERATUNG DER FRAUEN MIT GESTORBENEN KINDERN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN UND INTRAUTERINEM FRUCHTTOD UNTER DEM GESICHTSPUNKT UNBETREUT, UNGENÜGENDE BETREUT, GENÜGENDE BETREUT.

	a) unbe- treut	b) ungen. betreut	a) + b) (schlecht)	c) genüg. betr.	Gesamt
<u>Geburten üb. 2500 gr</u>					
	4=20 %	6=30 %	10=50 %	10=50 %	20= 7,60%
verh.	3=17,65%	5=29,41%	8=47,06%	9=52,94%	17
ledig	1	2	3=100 %	0	3
I-para	1	2	3=37,50%	5=62,5 %	8
Multipara	3	4	7=58,37%	5=41,67%	12
berufst.	1	2	3=37,50%	5=62,50%	8
ohne Beruf	3	4	7=58,33%	5=41,67%	12
15-25 J.	-	1	1=33 %	2=66 %	3
26-30 J.	1	1	2=33 %	4=67 %	6
31 J u.m.	3	4	7=63,64%	4=36,36%	11
=====					

Geburten unter 1000 gr

	43=53,09%	21=25,93%	64=79,01%	17=20,99%	81=30,80%
verh.	23=46 %	14=28 %	37=74 %	13=26 %	50
ledig	20=64,52%	7=22,58%	27=87,10%	4=12,90%	31
I-para	21=52,50%	10=25 %	31=77,50%	9=22,50%	40
Multipara	22=53,66%	11=26,83%	33=80,49%	8=19,51%	41
berufst.	29=53,70%	13=24,07%	42=77,78%	12=22,22%	54
ohne Beruf	14=51,85%	8=26,93%	22=81,48%	5=18,52%	27
15-25 J.	26=65,41%	8=19,51%	34=82,93%	7=17,07%	41
26-30 J.	8=40,00%	7=35,00%	15=75,00%	5=25,00%	20
31 J.u.m.	9=45,00%	6=30,00%	15=75,00%	5=25,00%	20
=====					

Tabelle 27 - S. 2

	a) unbe- treut	b) ungen. betreut	a) + b) (schlecht)	c) genüg. betreut	Gesamt
<u>Geburten über 1000 gr</u>					
	19=24,05%	37=46,84%	56=70,88%	23=29,12%	79=30,04%
verh.	11=18,33%	27=45,00%	38=63,33%	22=36,67%	60
ledig	8=42,11%	10=52,63%	18=94,74%	1= 5,26%	19
I-para	9=21,43%	23=54,76%	32=76,19%	10=23,81%	42
Multipara	10=27,03%	14=37,84%	24=64,86%	13=35,14%	37
berufst.	10=24,39%	24=58,54%	34=82,93%	7=17,07%	41
ohne Beruf	9=23,68%	13=34,21%	22=57,89%	16=42,11%	38
15-25 J.	11=29,73%	17=45,95%	28=75,68%	9=24,32%	37
26-30 J.	4=22,22%	9=50,00%	13=72,22%	5=27,78%	18
31 J.u.m.	4=16,66%	11=45,83%	15=62,50%	9=37,50%	24

Intraut. Fruchttd

	17=20,48%	35=42,17%	52=62,65%	31=37,35%	83=31,56%
verh.	12=18,75%	29=45,31%	41=64,06%	23=35,94%	64
ledig	5=26,32%	6=31,58%	11=57,89%	8=42,11%	19
I-para	3= 8,82%	9=26,47%	12=35,29%	22=64,71%	34
Multipara	14=28,57%	26=53,06%	40=81,63%	9=18,37%	49
berufst.	8=19,05%	14=33,33%	22=52,38%	20=47,62%	42
ohne Beruf	9=21,95%	21=51,22%	30=73,17%	11=26,83%	41
15-25 J.	5=16,67%	11=36,67%	16=53,33%	14=46,67%	30
26-30 J.	4=21,05%	9=47,37%	13=68,42%	6 =31,58%	19
31 J.u.m.	8=23,53%	15=44,12%	23=67,65%	11=32,35%	34
außerh.gest	12=19,35%	25=40,32%	37=59,68%	25=40,32%	62
hier gest.	5=23,81%	10=47,62%	15=71,43%	6=28,57%	21

Tabelle 28

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
AUFGLIEDERUNG DER PERINATALEN LETALITÄT

	Allgemein- und Privatpatientinnen	Allgemein- patientinnen	Privat- patientinnen
Gesamt - P.L.	75 = 4,41 %	59 = 5,12 %	16 = 2,92 %
ante part. u. subpart. P.L.	25 = 1,47 % = 33,33 %	20 = 1,73 % = 33,90 %	5 = 0,91 % = 31,25 %
post part. P.L. gesamt	50 = 2,94 % = 66,67 %	39 = 66,10 % = 3,38 %	11 = 2,01 % = 68,75 %
Geburten über 2500 gr.	12 = 0,71 % = 16,00 %	6 = 0,52 % = 10,17 %	6 = 1,09 % = 37,50 %
Frühgeburten unt. 1000 gr.	10 = 0,59 % = 13,33 %	9 = 0,78 % = 15,25 %	1 = 0,18 % = 6,25 %
Frühgeburten über 1000 gr.	28 = 1,65 % = 37,33 %	24 = 2,08 % = 40,68 %	4 = 0,73 % = 25 %
Frühgeburten zusammen	38 = 2,24 % = 50,67 %	33 = 2,86 % = 55,93 %	5 = 0,91 % = 31,25 %
P.L. am 1. Lebenstag	16 = 21,33 % von 75 = 32 % von 50	14 = 23,73 % von 75 = 35,90 % von 50	2 = 12,50 % von 75 = 18,18 % von 50
P.L. am 2. - 7. Lebenstag	34 = 45,33 % von 75 = 68 % von 50	25 = 42,37 % von 75 = 64,10 % von 50	9 = 56,25 % von 75 = 81,82 % von 50
P.L. am 1. Lebenstag	16 = 0,94 % von 1700	14 = 1,21 % von 1153	2 = 0,37 % von 547
P.L. am 2. - 7. Lebenstag	34 = 2,00 % von 1700	25 = 2,17 % von 1153	9 = 1,65 % von 547

Tabelle 29

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, NATIONALITÄT IM
VERHÄLTNIS ZUR SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALEN LETALITÄT

	I-para	Multi-para	verhei- ratet	ledig	deutsch	Gastar- beiter	gesamt
Gesamt	849=49,94%	851=50,05%	1470=86,47%	230=13,53%	1285=75,59%	415=24,41%	1700
Perinat.Let.	37= 4,36%	38= 4,47 %	62= 4,22%	13= 5,65%	59=40,59%	16= 3,86%	75= 4,41%
mit Beratung	824=50,37% (97,06%)	812=49,63% (95,42%)	1441=88,08% (98,03%)	195=11,92% (84,79%)	1250=76,40% (97,28%)	386=23,60% (93,01%)	1636=96.24%
Perinat.Let.	31= 3,76%	35= 4,31%	58= 4,02%	8= 4,10%	54= 4,52%	12= 3,11 %	66= 4,03%
ohne Beratung	25= 59,10% (2,94%)	39=60,90% (4,58%)	29=45,31% (1,97%)	35=54,69% (15,12%)	35=54,69% (2,72%)	29=15,31% (6,99%)	64= 3,76%
Perinat.Let.	5=20 %	4=10,26%	4=13,79%	5=14,29%	5=14,29%	4=13,79%	9=14,06%

Tabelle 30

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972

ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, NATIONALITÄT IM
VERHÄLTNIS ZUR SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALEN LETALITÄT

	I-para	Multi-para	verhei- ratet	ledig	deutsch	Gast- arbeiter	gesamt
Gesamt	587=50,91%	566=49,09%	930=80,66%	223=19,34%	751=65,13%	402=34,87%	1153=67,82% (100%)
Perinat.Let.	31= 5,28%	28= 4,95%	46= 4,95%	13= 5,83%	44= 5,86%	15= 3,73%	59= 5,12%
mit Beratung	562=51,61% (95,75%)	527=48,39% (93,11%)	901=82,74% (96,88%)	188=17,26% (84,30%)	716=65,75% (95,34%)	373=34,25% (92,79%)	1089=94,45%
Perinat.Let.	25= 4,45%	25= 4,74%	42= 4,66%	8= 4,26%	39= 5,45%	11= 2,95%	50= 4,59%
ohne Beratung	25 =39,10% (4,25%)	39=60,90% (6,89%)	29=45,31% (3,12%)	35=54,69% (15,70%)	35=54,69% (4,66%)	29=45,31% (7,21%)	64= 5,55%
Perinat.Let.	5=20 %	4=10,26%	4=13,79%	5=14,29%	5=14,29%	4=13,79%	9=14,06%

Tabelle 31

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1972

ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, NATIONALITÄT IM VERHÄLTNIS
ZUR SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALEN LETALITÄT - PRIVATPATIENTINNEN -

	I-para	Multi-para	verheiratet	ledig	deutsch	Gastarbeiter.	gesamt
Gesamt	262=47,90%	285=52,10%	540=98,72%	7= 1,28%	534=97,62%	13= 2,38%	547=32,18%
Perinat.Let.	6= 2,29%	10= 3,51%	16= 2,96%	0	15= 2,81%	1= 7,69%	16= 2,93%

Mit Beratung entspricht obiger Tabelle, da alle Patientinnen zur Beratung waren.

Tabelle 32

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1972
HÄUFIGKEIT DER SCHWANGERENBERATUNG IM VERHÄLTNIS
ZUR NATIONALITÄT UND PERINATALEN LETALITÄT

	ohne Beratung	1 - 10x hier	1 - 10x außerhalb	hier u. außerhalb	gesamt
Gesamtzahl der Frauen	64 = 3,76 %	997 = 58,65%	380 = 22,35%	259 = 15,24%	1700
perinat. Letalität	9 = 14,06%	22 = 2,21 %	35 = 9,21%	9 = 3,47%	75 = 4,41%
Deutsch	35 = 2,72%	763 = 59,38%	274 = 21,32%	213 = 16,58%	1285 = 75,59%
perinat. Letalität	5 = 14,29%	15 = 1,97%	30 = 10,95%	9 = 4,23%	59 = 4,59 %
Gastarbeiterinnen	29 = 6,99%	234 = 56,39%	106 = 25,54%	46 = 11,08%	415 = 24,41%
perinat. Letalität	4 = 13,79%	7 = 2,99%	5 = 4,72%	0	16 = 3,86%

Tabelle 53

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
HÄUFIGKEIT DER SCHWANGERENBERATUNG IM VERHÄLTNIS ZUR NATIONALITÄT
UND PERINATALEN LETALITÄT BEI DEN ALLGEMEINPATIENTINNEN

	ohne Beratung	1 - 10x hier	1 - 10x außerhalb	hier und außerhalb	gesamt
Gesamtzahl der Frauen	64 = 5,55%	563 = 48,83%	327 = 28,36%	199 = 17,26%	1153
perinat. Letalität	9 = 14,06%	12 = 2,13%	32 = 9,79%	6 = 3,02%	59 = 5,12%
Deutsch	35 = 4,66%	340 = 45,27%	222 = 29,56%	154 = 20,51%	761 = 65,13%
perinat. Letalität	5 = 14,29%	6 = 1,76%	27 = 12,16%	8 = 3,90%	44 = 5,86%
Gastarbeiterinnen	29 = 7,21%	223 = 54,73%	105 = 26,12%	45 = 11,19%	402 = 34,87%
perinat. Letalität	4 = 13,79%	6 = 2,69%	5 = 4,76%	0	15 = 3,73%

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
HÄUFIGKEIT DER SCHWANGERENBERATUNG IM VERHÄLTNIS ZUR NATIONALITÄT
UND PERINATALEN LETALITÄT BEI DEN PRIVATPATIENTINNEN

	ohne Beratung	1 - 10x hier	1 - 10x außerhalb	hier und außerhalb	gesamt
Gesamtzahl der Frauen	0	434=79,34%	53 = 9,69%	60 = 10,97%	547
perinat. Letalität	0	10= 2,30%	3 = 5,66%	3 = 5,00%	16 = 2,96%
Deutsch	0	423=79,21%	52 = 9,74%	59 = 11,05%	534 = 97,62%
perinat. Letalität	0	9= 2,13%	3 = 5,77%	3 = 5,08%	15 = 2,81%
Gastarbeiterinnen	0	11=84,62%	1 = 7,69%	1 = 7,69%	13 = 2,38%
perinat. Letalität	0	1= 9,09%	0	0	1 = 7,69%

Tabelle 35

SWANGERENBERATUNG UND NATIONALITÄT 1972
IM VERHÄLTNIS ZUR PERINATALEN LETALITÄT

	ohne Beratung	1 - 3x hier 1 - 3x außerh.	ohne Beratg. 1-3x hier 1-3x außerh.	4x hier 4x außerh.	hier und außerh.	gesamt
Gesamt	64= 3,76%	235= 13,82%	299= 17,59%	1142= 67,18%	259= 15,24%	1700
perinat.Letalität	9= 14,06%	13= 5,53%	22= 7,36%	44= 3,85%	9= 3,47%	75= 4,41%
Deutsche Frauen	35= 2,72%	150= 11,67%	185= 14,40%	887= 69,03%	213= 16,58%	1285= 75,59%
perinat.Letalität	5= 14,29%	10= 6,67%	15= 8,11%	35= 3,95%	11= 4,23%	59= 4,59%
Gastarbeiterinnen	29= 6,99%	85= 20,48%	114= 27,47%	255= 61,45%	46= 11,08%	415= 24,41%
perinat.Letalität	4= 13,79%	3= 3,53%	7= 6,14%	9= 3,53%	0	16= 3,86 %

Tabelle 36

SCHWANGERENBERATUNG UND NATIONALITÄT IM VERHÄLTNIS
ZUR PERINATALEN LETALITÄT BEI DEN ALLGEMEINPATIENTINNEN

	ohne Beratung	1-3x hier 1-3x außerh.	ohne Beratg. 1-3x hier 1-3x außerh.	4x hier 4x außerh.	hier und außerh.	gesamt
Gesamt	64= 5,55%	182=15,78%	246=24,33%	708=61,40%	199=17,26%	1153
perinat.Letalität	9=14,06%	11= 6,04%	20= 8,13%	33= 4,66%	6= 3,02%	59= 5,12%
Deutsche Frauen	35= 4,66%	98=13,05%	133=17,70%	464=61,78%	154=20,50%	751=65,13%
perinat.Letalität	5=14,29%	8= 8,16%	13= 9,77%	25= 5,39%	6= 3,90%	44= 5,86%
Gastarbeiterinnen	29= 7,21%	84=20,90%	113=28,11%	244=60,70%	45=11,20%	402=34,87%
perinat.Letalität	4=13,79%	3= 3,57%	7= 6,19%	8= 3,28%	0	15= 3,73%

Tabelle 37 SCHWANGERENBERATUNG UND NATIONALITÄT IM VERHÄLTNIS
ZUR PERINATALEN LETALITÄT BEI DEN PRIVATPATIENTINNEN

	ohne Beratung	1-3x hier 1-3x außerh.	ohne Beratg. 1-3x hier 1-3x außerh.	4x hier 4x außerh.	hier und außerh.	gesamt
Gesamt	0	53= 9,70%	53= 9,70%	434=79,34%	60=10,97%	547
perinat.Letalität	0	2= 3,77%	2= 3,77%	11= 2,53%	3= 5,00%	16= 2,93%
Deutsche Frauen	0	52= 9,74%	52= 9,74%	423=79,21%	59=11,05%	534=97,62%
perinat.Letalität	0	2= 3,85%	2= 3,85%	10= 2,36%	3= 5,08%	15= 2,81%
Gastarbeiterinnen	0	1	1	11=84,62%	1	13= 2,38%
perinat.Letalität	0	0	0	1	0	1= 7,69%

ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT, IM VERHÄLTNISS
ZUR SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALEN LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPAT.

	verhei- rater	ledig	I-para	Multi- para	15 Jahre	15 - 25 Jahre
ohne Beratung	29 = 1,97%	35 = 15,22%	25 = 2,94%	39 = 4,58%	0	37 = 6,04%
perinat.Letalität	4 = 13,79%	5 = 14,29%	5 = 20 %	4 = 10,26%	0	6 = 16,22%
1 - 3x hier	107 = 7,28%	28 = 12,17%	72 = 8,48%	63 = 7,40%	1	58 = 9,46%
perinat.Letalität	3 = 2,80%	1 = 3,57%	1, = 1,39%	3 = 4,76%	0	1 = 1,72%
4x u.mehr hier	792 = 53,88%	70 = 30,43%	422 = 49,70%	440 = 51,70%	0	249 = 40,62%
perinat.Letalität	16 = 2,02%	2 = 2,86%	7 = 1,66%	11 = 2,50%	0	4 = 1,61%
1 - 3x außerhalb	68 = 4,63%	32 = 13,91%	48 = 5,65%	52 = 6,11%	0	54 = 8,81%
perinat. Letalität	6 = 8,82%	3 = 9,38%	7 = 14,58%	2 = 3,85%	0	6 = 11,11%

ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT, IM VERHÄLTNIS
ZUR SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALEN LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPAT.

	26 - 30 Jahre	30 Jahre	deutsch	Gastar- beiterinnen	gesamt
ohne Beratung	9 = 1,76%	18 = 3,14%	35 = 2,72%	29 = 6,99%	64 = 3,76%
perinat. Letalität	1 = 11,11%	2 = 11,11%	5 = 14,29%	4 = 13,79%	9 = 14,06%
1 - 3x hier	37 = 7,25%	39 = 6,81%	93 = 7,24%	42 = 10,12%	135 = 7,94%
perinat. Letalität	1 = 2,70%	2 = 5,13%	3 = 3,23%	1 = 2,38%	4 = 2,96%
4x und mehr hier	293 = 57,45%	320 = 55,85%	670 = 52,14%	192 = 46,27%	862 = 50,71%
perinat. Letalität	4 = 1,37%	10 = 3,13%	12 = 1,79%	6 = 3,13%	18 = 2,09%
1 - 3x außerhalb	24 = 4,71%	22 = 3,84%	57 = 4,44%	43 = 10,36%	100 = 5,88%
perinat. Letalität	2 = 8,33%	1 = 4,55%	7 = 12,28%	2 = 4,65%	9 = 9 %

Tabelle 38 - S. 3

	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 Jahre	15 - 25 Jahre
4x u. mehr außerhalb	241=16,39%	39=16,96%	153=18,02%	127=14,92%	3	114=18,60%
perinat.Letalität	26=10,79%	0..	12= 7,84%	14=11,02%	0	6= 5,26%
hier und außerhalb	233=15,85%	26=11,30%	129=15,19%	130=15,28%	0	101=16,48%
perinat.Letalität	7= 3,00%	2= 7,69%	4= 3,10%	5= 3,85%	0	4= 2,97%
gesamt	1470=86,47%	230=13,53%	849=49,94%	851=50,06%	4= 0,24%	613=36,06%
perinat.Letalität	62= 4,22%	13= 5,65%	36= 4,24%	39= 4,58%	0	26= 4,24%

Tabelle 38 - S. 4

	26 - 30 Jahre	30 Jahre	deutsch	Gastarbei- terinnen	gesamt
4x u. mehr außerhalb	70=13,73%	93=16,23%	217=16,89%	63=15,18%	280=16,47%
perinat. Letalität	9=12,86%	11=11,83%	23=10,60%	3= 4,76%	26= 9,29%
hier und außerhalb	77=15,10%	81=14,14%	213=16,58%	46=11,08%	259=15,24%
perinat. Letalität	1= 1,30%	5= 6,17%	9= 4,23%	0	9= 3,47%
gesamt	510=30 %	573=33,71%	1285=75,59%	415=24,41%	1700
perinat. Letalität	18= 3,53%	31= 5,41%	59= 4,59%	16= 3,86%	75= 4,41%

Tabelle 39

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972

ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT IM VERHÄLTNIS ZUR SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALEN LETALITÄT BEI ALLGEMEINPATIENTINNEN

	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 Jahre	15 - 25 Jahre
ohne Beratung	29 = 3,12%	35 = 15,7%	25 = 4,26%	39 = 6,89%	0	37 = 6,64%
perinat.Letalität	4 = 13,79%	5 = 14,29%	5 = 20 %	4 = 10,26%	0	6 = 16,22%
1 - 3x hier	57 = 6,13%	27 = 12,11%	43 = 7,33%	41 = 7,24%	1	53 = 9,52%
perinat.Letalität	1 = 1,75%	1 = 3,70%	0 = 0	2 = 4,88%	0	1 = 1,89%
4x u.mehr hier	414 = 44,52%	65 = 29,15%	244 = 41,57%	235 = 41,52%	0	212 = 38,06%
perinat.Letalität	8 = 1,93%	2 = 3,08%	4 = 1,64%	6 = 2,55%	0	3 = 1,42%
1 - 3x außerhalb	66 = 7,10%	32 = 14,35%	47 = 8,01%	51 = 9,01%	0	54 = 9,69%
perinat.Letalität	6 = 9,09%	3 = 9,38%	7 = 14,89%	2 = 3,92%	0	6 = 11,11%

Tabelle 39 - S. 2

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1972

ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT IM VERHÄLTNIS ZUR
SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALEN LETALITÄT BEI ALLGEMEINPATIENTINNEN

	26 - 30 Jahre	30 Jahre	deutsch	Gastarbei- terinnen	gesamt
ohne Beratung	9= 3,35%	18= 5,57%	35= 4,66%	29= 7,21%	64= 5,55%
perinat. Letalität	1=11,11%	2=11,11%	5=14,29%	4=13,79%	9=14,06%
1 - 3x hier	12= 4,44%	18= 5,57%	43= 5,73%	41=10,20%	84= 7,29%
perinat. Letalität	0=0	1= 5,56%	1= 2,33%	1= 2,44%	2= 2,38%
4x u. mehr hier	124=45,95%	143=44,27%	297=39,55%	182=45,27%	479=41,54%
perinat. Letalität	1= 0,81%	6= 4,20%	5= 1,68%	5= 2,75%	10= 2,09%
1 - 3x außerhalb	23= 8,52%	21= 6,50%	55= 7,32%	43=10,70%	98= 8,50%
perinat. Letalität	2= 8,70%	1= 4,76%	7=12,73%	2= 4,65%	9= 9,18%

Tabelle 39 - S. 3

	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 Jahre	15 - 25 Jahre
4x u. mehr außerhalb	191=20,54%	38=17,04%	128=21,81%	101=17,84%	2	108=19,39%
perinat.Letalität	23=12,04%	0=0	11= 8,60%	12=11,88%	0	6= 5,56%
hier u. außerhalb	173=18,60%	26=11,66%	100=17,04%	99=17,49%	0	93=16,70%
perinat.Letalität	4= 2,31%	2= 7,69%	3= 3,00%	3= 3,03%	0	3= 3,23%
gesamt	930=80,66%	223=19,34%	587=50,91%	566=49,09%	3= 0,26%	557=48,31%
perinat.Letalität	46= 4,95%	13= 5,83%	30= 5,11%	29= 5,12%	0	25= 4,49%

Tabelle 39 - S. 4

	26 - 30 Jahre	30 Jahre	deutsch	Gastarbei- terinnen	gesamt
4x u. mehr außerhalb	50= 18, 52%	69=21, 36%	167=22, 24%	62=15, 42%	229=19, 86%
perinat. Letalität	7=14, 00%	10=14, 50%	20=11, 98%	3= 4, 84%	23=10, 04%
hier u. außerhalb	52=19, 26%	54=16, 72%	154=20, 51%	45=11, 19%	199=17, 26%
perinat. Letalität	0=0	3= 5, 56%	6= 3, 90%	0=0	6= 3, 02%
gesamt	270=23, 42%	323=28, 01%	751=65, 13%	402=34, 87%	1153
perinat. Letalität	11= 4, 07%	23= 7, 12%	44= 5, 86%	15= 3, 73%	59= 5, 11%

Tabelle 40

I. UNIVERSITÄTSFRAUKENKLINIK MÜNCHEN 1972
ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT IM VERHÄLTNISS
ZUR SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALEN LETALITÄT BEI PRIVATPATIENTINNEN

	verhei- rater	ledig	I-para	Multi- para	15 Jahre	15 - 25 Jahre
ohne Beratung	0	0	0	0	0	0
perinat.Letalität	0	0	0	0	0	0
1 - 3x hier	50= 9,26%	1=14, 29%	29=11,07%	22= 7,72%	0	5= 8,93%
perinat.Letalität	2= 4,00%	0=0	1= 3,45%	1= 4,55%	0	0=0
4x u. mehr hier	378=70 %	5=71,43%	178=67,94%	205=71,93%	0	37=66,07%
perinat.Letalität	8= 2,12%	0=0	3= 1,69%	5= 2,44%	0	1= 2,70%
1 - 3x außerhalb	2= 0,37%	0=0	1= 0,38%	1= 0,35%	0	0=0
perinat.Letalität	0=0	0=0	0=0	0=0	0	0=0

Tabelle 40 - S. 2

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972

ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT IM VERHÄLTNIS
ZUR SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALEN LETALITÄT BEI PRIVATPATIENTINNEN

	26 - 30 Jahre	30 Jahre	deutsch	Gastarbei- terinnen	gesamt
ohne Beratung	0	0	0	0	0
perinat. Letalität	0	0	0	0	0
1 - 3x hier	25=10,42%	21= 8,4%	50= 9,36%	1= 7,69%	51= 9,32%
perinat. Letalität	1= 4,00%	1= 4,76%	2= 4,00%	0=0	2= 3,92%
4x u. mehr hier	169=70,42%	177=70,80%	373=69,85%	10=76,92%	383=70,02%
perinat. Letalität	3= 1,78%	4= 2,26%	7= 1,88%	1=10,00%	8= 2,09%
1 - 3x außerhalb	1= 0,42%	1= 0,40%	2= 0,37%	0=0	2= 0,37%
perinat. Letalität	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0

Tabelle 40 - S. 3

	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 Jahre	15 - 25 Jahre
4x und mehr außerh.	50 = 9,26%	1 = 14,29%	25 = 9,54%	26 = 9,12%	1	6 = 10,71%
perinat.Letalität	3 = 6,00%	0 = 0	1 = 4,00%	2 = 7,69%	0	0 = 0
hier u. außerhalb	60 = 11,11%	0 = 0	29 = 11,07%	31 = 10,88%	0	8 = 14,29%
perinat.Letalität	3 = 5,00%	0 = 0	1 = 3,45%	2 = 6,45%	0	0 = 0
gesamt	540 = 98,72%	7 = 1,28%	262 = 47,90%	285 = 52,10%	1 = 0,18%	56 = 10,24%
perinat.Letalität	16 = 2,96%	0 = 0	6 = 2,29%	10 = 3,51%	0	1 = 1,79%

Tabelle 40 - S. 4

	26 - 30 Jahre	30 Jahre	deutsch	Gastarbei- terinnen	gesamt
4x und mehr außerhalb	20 = 8,33%	24 = 9,60%	50 = 9,36%	1 = 7,69%	51 = 9,32%
perinat. Letalität	2 = 10,00%	1 = 4,17%	3 = 6,00%	0 = 0	3 = 5,88%
hier und außerhalb	25 = 10,42%	27 = 10,80%	59 = 11,05%	1 = 7,69%	60 = 10,97%
perinat. Letalität	1 = 400%	2 = 7,41%	3 = 5,08%	0 = 0	3 = 5,00%
gesamt	240 = 43,88%	250 = 45,70%	534 = 97,62%	13 = 2,38%	547
perinat. Letalität	7 = 2,92%	8 = 3,20%	15 = 2,81%	1 = 7,69%	16 = 2,93%

Tabelle 41

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
 PERINATALE LETALITÄT IM VERHÄLTNIS ZUR ANZAHL DER SCHWANGER-
 SCHAFTSBERATUNG BEI ALLGEMEINEN- UND PRIVATPACIENTINNEN

ÜBERSICHT - GESAMT

	ohne Beratung	1 - 3x hier	3x hier	1 - 3x außerh.	3x außerh.	hier u. außerh.	gesamt
a) zusammen							
Frauen	64= 3,76%	135= 7,94%	862=50,71%	100= 5,88%	280=16,47%	259=15,24%	1700
perin.Let.	9=14,06%	4= 2,96%	18= 2,09%	9= 9,00%	26= 9,29%	9= 3,47%	75= 4,41%
b) allgemein							
Frauen	64= 5,55%	84= 7,29%	479=41,54%	98= 8,50%	229=19,86%	199=17,26%	1153=67,82%
perin.Let.	9=14,06%	2= 2,38%	10= 2,09%	9= 9,18%	23=10,04%	6= 3,02%	59= 5,11%
c) Privat							
Frauen	0	51= 9,32%	383=70,02%	2= 0,37%	51= 9,32%	60=10,97%	547=32,18%
perin.Let.	0	2= 3,92%	8= 2,09%	0=0	3= 5,88%	3= 5,00%	16= 2,93%

Tabelle 42

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT IM VERHÄLTNIS
ZUR PERINATALEN LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

ÜBERSICHT - GESAMT

	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 Jahre	15 - 25 Jahre
a) zusammen						
Frauen	1470=86,47%	230=13,53%	849=49,94%	851=50,06%	4= 0,24%	613=36,06%
perinat.Letalität	62= 4,22%	13= 5,65%	36= 4,24%	39= 4,58%	0=0	26= 4,24%
b) allgemein						
Frauen	930=80,66%	223=19,34%	587=50,91%	566=40,09%	3= 0,26%	557=48,31%
perinat.Letalität	46= 4,96%	13= 5,83%	30= 5,11%	29= 5,12%	0=0	25= 4,49%
c) Privat						
Frauen	540=98,72%	7= 1,28%	262=47,90%	285=52,10%	1= 0,18%	56=10,24%
perinat.Letalität	16= 2,96%	0=0	6= 2,29%	10= 3,51%	0=0	1= 1,79%

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT IM
VERHÄLTNIS ZUR PERINATALEN LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

ÜBERSICHT - GESAMT

	26 - 30 Jahre	30 Jahre	deutsch	Gastarbeit- terinnen	gesamt
a) zusammen					
Frauen	510=30,00%	573=33,71%	1285=75,59%	415=24,41%	1700
perinat. Letalität	18= 3,53%	31= 5,41%	59=4,59%	16= 3,86%	75= 4,41%
=====					
b) allgemein					
Frauen	270=23,42%	323=28,01%	751=65,13%	402=34,87%	1153=67,82%
perinat. Letalität	11= 4,07%	23= 7,12%	44= 5,86%	15= 3,73%	59= 5,11%
=====					
c) Privat					
Frauen	240=43,88%	250=45,70%	534=97,62%	13= 2,38%	547=32,18%
perinat. Letalität	7= 2,92%	8= 3,20%	15= 2,81%	1= 7,69%	16= 2,96%
=====					

Tabelle 43 - S. 2

	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	über 30 Jahre	deutsch	Gastar- beit.	gesamt
ungenügend betreut (1 - 3x)										
zus.	175 11,90%	60 26,09%	120 14,13%	115 13,51%	112 18,27%	61 11,96%	61 10,65%	150 11,67%	85 20,48%	235 13,82%
P.L.	9 5,14%	4 6,67%	8 6,67%	5 4,35%	7 6,25%	3 4,92%	3 4,92%	10 6,67%	3 3,53%	13 5,53%
allgem.	123 13,24%	59 26,46%	90 15,33%	92 16,25%	107 19,21%	35 12,96%	39 12,07%	98 13,05%	84 20,90%	182 15,78%
P.L.	7 5,69%	4 6,78%	7 7,78%	4 4,35%	7 6,54%	2 5,71%	2 5,13%	8 8,16%	3 3,57%	11 6,04%
Privat	52 9,63%	1 14,29%	30 11,45%	23 8,07%	5 8,93%	26 10,83%	22 8,80%	52 9,74%	1 7,69%	53 9,69%
P.L.	2 3,85%	0 0	1 3,33%	1 4,35%	0 0	1 3,85%	1 4,55%	2 3,85%	0 0	2 3,77%

Tabelle 43 - S. 3

	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	über 30 Jahre	deutsch	Gastar- beit.	gesamt
genügend betreut (mehr als 3mal)										
zus.	1033 70,27%	109 47,39%	575 67,73%	567 66,63%	363 59,22%	363 71,18%	413 72,08%	887 69,03%	255 61,45%	1142 67,18%
P.L.	42 4,07%	2 1,83%	19 3,30%	25 4,41%	10 2,75%	13 3,58%	21 5,08%	35 3,95%	9 3,53%	44 3,85%
Allgem.	605 6505%	103 46,19%	372 63,37%	336 59,36%	320 57,45%	174 64,44%	212 65,63%	464 61,78%	244 60,70%	708 61,40%
P.L.	31 5,12%	2 1,94%	15 4,03%	18 5,36%	9 2,81%	8 4,60%	16 7,55%	25 5,39%	8 3,28%	33 4,66%
Privat	428 79,26%	6 85,71%	203 77,48%	231 81,05%	43 76,79%	189 78,75%	201 80,40%	423 79,21%	11 84,62%	434 79,34%
P.L.	11 2,57%	0 0	4 1,97%	7 3,03%	1 2,33%	5 2,65%	5 2,49%	10 2,36%	1 9,09%	11 2,53%

Tabelle 43 - S. 5

	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	über 30 Jahre	deutsch	Gastar- beit.	gesamt
<u>Gesamt</u>										
zus.	1470 86,47%	230 13,53%	849 49,94%	851 50,06%	613 36,06%	510 30 %	573 33,71%	1285 75,59%	415 24,41%	1700 100 %
P.L.	62 4,22%	13 5,65%	36 4,24%	39 4,58 %	26 4,24%	18 3,53%	31 5,41%	59 4,59%	16 3,86%	75 4,41%
allgem.	930 80,66%	223 19,34%	587 50,91%	566 49,09%	557 48,31%	270 23,42%	323 28,01%	751 65,13%	402 34,87%	1153 67,82%
P.L.	46 4,95%	13 5,83%	30 5,11%	29 5,12%	25 4,49%	11 4,07%	23 7,12%	44 5,86%	15 3,73%	59 5,11%
Privat	540 98,72%	7 1,28%	262 47,90%	285 52,10%	56 10,24%	240 43,88%	250 45,70%	534 97,62%	13 2,38%	547 32,18%
P.L.	16 2,96%	0 0	0 0	10 3,51%	1 1,79%	7 2,92%	8 3,20%	15 2,81%	1 7,69%	16 2,93%

Tabelle 44

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
 SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT
 BEI DEN 75 FRAUEN MIT GESTORBENEN KINDERN

	gesamt	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre u. mehr	deutsch beib.
<u>ohne Beratung</u>									
zus.	9 12,00%	4 6,45%	5 38,46%	5 13,89%	4 10,26%	6 23,08%	1 5,56%	2 6,45%	5 8,47%
allg.	9 15,25%	4 8,70%	5 38,46%	5 16,67%	4 13,79%	6 24,00%	1 9,09%	2 8,70%	5 11,36%
Privat	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>ungenügend betreut</u>									
zus.	13 17,33%	9 14,52%	4 30,77%	8 22,22%	5 12,82%	7 26,92%	3 16,67%	3 9,68%	10 16,95%
allgem.	11 18,64%	7 15,22%	4 30,77%	7 23,33%	4 13,79%	7 28,00%	2 18,18%	2 8,70%	8 18,18%
Privat	2 12,50%	2 12,50%	0	1 16,67%	1 10,00%	0	1 14,29%	1 12,50%	2 13,33%

Tabelle 44 - S. 2

	gesamt	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre u. mehr	deutsch	Gastar- beit.
<u>genügend betreut</u>										
zus.	44 58,66%	42 67,74%	2 15,38%	19 52,78%	25 64,10%	10 38,46%	13 72,22%	21 67,74%	35 59,32%	9 56,25%
allgem.	33 55,93%	31 67,39%	2 15,38%	15 50%	18 62,07%	9 36%	8 72,73%	16 69,57%	25 56,82%	8 53,33%
Privat	11 68,75%	11 68,75%	0	4 66,67%	7 70%	1 100%	5 71,43%	5 62,50%	10 66,67%	1 100%
<u>hier und außerhalb betreut</u>										
zus.	9 12%	7 11,29%	2 15,38%	4 11,11%	5 12,82%	3 11,54%	1 5,56%	5 16,13%	9 15,25%	0
allgem.	6 10,17%	4 8,70%	2 15,38%	3 10%	3 10,34%	3 12%	0	3 13,04%	6 13,64%	0
Privat	3 18,75%	3 18,75%	0	1 16,67%	2 20%	0	1 14,29%	2 25%	3 20%	0
<u>Gesamt</u>										
zus.	75 100%	62 82,67%	13 17,33%	36 48%	39 52%	26 34,67%	18 24%	31 41,33%	59 78,67%	16 21,33%
allgem.	59 78,67%	46 74,19%	13 100%	30 83,33%	29 74,36%	25 96,15%	11 61,11%	23 74,19%	44 74,58%	15 93,75%
Privat	16 21,33%	16 25,81%	0	6 16,67%	10 25,64%	1 3,85%	7 38,89%	8 25,81%	15 25,42%	1 6,25%

Tabelle 45

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972

GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS ZUR ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT UND PERINATALE LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 Jahre	15 - 25 Jahre
über 2500 gr	1334=90,75%	195=84,78%	765=90,11%	764=89,77%	3	543=88,58%
perinat.Letalität	12= 0,90%	0=0	5= 0,65%	7= 0,92%	0=0	3= 0,55%
Frühgeburten 1000 - 2499 gr	105= 7,14%	30=13,04%	65= 7,66%	70= 8,23%	1	58= 9,46%
perinat.Letalität	20=19,05%	8=26,66%	13=20 %	15=21,43%	0=0	12=20,69%
Frühgeburten unter 1000 gr	7= 0,48%	4= 1,74%	5= 0,59%	6= 0,71%	0	7= 1,14%
perinat.Letalität	6= 85,71%	4=100 %	4=80 %	6=100 %	0=0	6=85,71%
Frühgeburten ges.	112= 7,62%	34=14,78%	70= 8,24%	76= 8,93%	1	65=10,60%
perinat.Letalität	26=23,21%	12=35,29%	17=24,29%	21=27,63%	0=0	18=27,69%
intraut.Fruchttod	24= 1,63%	1= 0,43%	14= 1,65%	11= 1,29%	0	5= 0,82%
Gesamt	1470=86,47%	230=13,53%	849=49,94%	851=50,06%	4= 0,24%	613=36,06%
perinat.Letalität	62= 4,22%	13= 5,65%	36= 4,24%	39= 4,58%	0=0	26= 4,24%

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972

GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS ZUR ANZAHL
DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT UND PERINATALE
LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

	26 - 30 Jahre	30 Jahre	deutsch	Gastarbei- terinnen	gesamt
über 2500 gr	471=92,35%	512=89,35%	1157=90,04%	372=89,63%	1529=89,94%
perinat. Letalität	3= 0,64%	6= 1,17%	12= 1,04%	0=0	12= 0,78%
Frühgeburten 1000 - 2499 gr	32= 6,27%	44= 7,68%	102= 7,94%	33= 7,95%	135= 7,94%
perinat. Letalität	8=25,00%	8=18,18%	22=21,57%	6=18,18%	28=20,74%
Frühgeburten unter 1000 gr	1= 0,20%	3= 0,52%	7= 0,54%	4= 0,96%	11= 0,65%
perinat. Letalität	1=100 %	3=100 %	6=85,71%	4=100 %	10=90,91 %
Frühgeburten ges.	33= 6,47%	47= 8,20%	109= 8,48%	37= 8,92%	146= 8,59%
perinat. Letalität	9=27,27%	11=23,40%	28=25,69%	10=27,03%	38=26,02%
Intraut.Fruchttod	6= 1,18%	14= 2,44%	19= 1,48%	6= 1,45%	25= 1,47%
Gesamt	510=30 %	573=33,71%	1285=75,59%	415=24,41%	1700
perinat. Letalität	18= 3,53%	31= 5,41%	59= 4,59%	16= 3,86%	75= 4,41%

Tabelle 46

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS ZUR ANZAHL
DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT UND PERINATALE
LETALITÄT BEI ALLGEMEINPATIENTINNEN

	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 Jahre	15 - 25 Jahre
über 2500 gr	819=88,06%	188=84,30%	513=87,39%	494=87,28%	2= 0,2%	487=87,45%
perinat.Letalität	6= 0,73%	0=0	3= 0,58%	3= 0,61%	0=0	2= 0,41%
Frühgeburten						
1000 - 2499 gr	86= 9,52%	30=13,45%	58= 9,88%	58=10,25%	1	58=10,41%
perinat.Letalität	16=18,86%	8 =26,67%	12=20,69%	12=20,69%	0=0	12=20,69%
Frühgeburten						
unter 1000 gr	6= 0,65%	4= 1,79%	5= 0,85%	5= 0,88%	0=0	7= 1,26%
perinat.Letalität	5=83,33%	4=100 %	4=80 %	5=100 %	0=0	6=85,71%
Frühgeburten ges.	92= 9,89%	34=15,25%	63=10,73%	63=11,13%	1	65=11,67%
perinat.Letalität	21=22,83%	12=35,29%	16=25,40%	17=27,00%	0=0	18=27,69%
intraut.Fruchttod	19= 2,04%	1= 0,45%	11= 1,87%	9= 1,59%	0	5= 0,90%
Gesamt	930=80,65%	223=19,34%	587=50,91%	566=49,089%	3	557=48,31%
perinat.Letalität	46= 4,95%	13= 5,83%	30= 5,11%	29= 5,12%	0	25= 4,49%

Tabelle 46 - S. 2

I. UNIVERSITÄTSFRAUKENKLINIK MÜNCHEN 1972
 GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS ZUR
 ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT
 UND PERINATALE LETALITÄT BEI ALLGEMEINPATIENTINNEN

	26 - 30 Jahre	30 Jahre	deutsch	Gastarbeit- terinnen	gesamt
über 2500 gr	243=90,00%	275=85,14	647=86,15%	360=89,55%	1007=87,34%
perinat. Letalität	2= 0,82%	2= 0,73%	6% 0,93%	0=0	6= 0,60%
Frühgeburten 1000 - 2499 gr	22= 8,15%	35=10,84%	84=11,19%	32= 7,96%	116=10,06%
perinat. Letalität	4=18,18%	8=22,86%	19=22,62%	5=15,63%	24=20,69%
Frühgeburten unter 1000 gr	0=0	3= 0,93%	6= 0,80%	4= 0,995%	10= 0,87%
perinat. Letalität	0=0	3=100 %	5=83,33%	4=100 %	9=90,00%
Frühgeburten ges.	22= 8,15%	38=11,76%	90=11,98%	36= 8,96%	126=10,93%
perinat. Letalität	4=18,18%	11=28,95%	24=26,67%	9=25,00%	33=26,19%
intraut. Fruchttd	5= 1,85%	10= 3,10%	14= 1,86%	6= 1,49%	20= 1,734%
Gesamt	270=23,42%	323=28,01%	751=65,13%	402=34,87%	1153
perinat. Letalität	11= 4,07%	23= 7,12%	44= 5,86%	15= 3,73%	59= 5,12%

Tabelle 47

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
 GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS
 ZUR ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT UND PERINATALE LETALITÄT BEI PRIVATPATIENTINNEN

	verhei- rater	ledig	I-para	Multi- para	15 Jahre	15 - 25 Jahre
über 2500 gr	515=95,37%	7=100 %	252=96,18%	270=94,74%	1= 0,19%	56=100 %
perinat.Letalität	6= 1,17%	0=0	2= 0,79%	4= 1,48%	0=0	1= 1,79%
Frühgeburten 1000 - 2499 gr	19= 3,52%	0=0	7= 2,67%	12= 4,21%	0=0	0=0
perinat.Letalität	4= 21,05%	0=0	1=14,29%	3=25,00%	0=0	0=0
Frühgeburten unter 1000 gr	1= 0,185%	0=0	0=0	1= 0,35%	0=0	0=0
perinat.Letalität	1=100 %	0=0	0=0	1=100 %	0=0	0=0
Frühgeburten ges.	20= 3,70%	0=0	7= 2,67%	13= 4,56%	0=0	0=0
perinat.Letalität	5=25,00%	0=0	1=14,29%	4=30,77%	0=0	0=0
intraut.Fruchtod	5= 0,93%	0=0	3= 1,15%	2= 0,70%	0=0	0=0
Gesamt	540=98,72%	7= 1,28%	262=47,89%	285=52,11%	1= 0,18%	56=10,23%
perinat.Letalität	16= 2,96%	0= 0	6= 2,29%	10= 3,51%	0=0	1= 1,79%

Tabelle 47 - S. 2

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1972
GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS
ZUR ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT UND PERINATALE LETALITÄT BEI PRIVATPATIENTINNEN

	26 - 30 Jahre	30 Jahre	deutsch	Gastarbei- terinnen	gesamt
über 2500 gr	228=95,00%	237=94,80%	510=95,51%	12=92,31%	522=95,43%
perinat. Letalität	1= 0,44%	4= 1,69%	6= 1,18%	0=0	6= 1,15%
Frühgeburten					
1000 - 2499 gr	10= 4,17%	9= 3,60%	18= 3,37%	1= 7,69%	19= 3,47%
perinat. Letalität	4= 40,00%		3=16,67%	1=100 %	4=21,05%
Frühgeburten					
unter 1000 gr	1= 0,42%	0=0	1= 0,19%	0=0	1= 0,18%
perinat. Letalität	1=100 %	0=0	1=100 %	0=0	1=100 %
Frühgeburten gesamt	11= 4,58%	9= 3,60%	19= 3,56%	1= 7,69%	20= 3,66%
perinat. Letalität	5=45,45%		4=21,05%	1=100 %	5=25 %
intraut. Fruchttod	1= 0,42%	4= 1,60%	5= 0,94%	0=0	5= 0,91%
Gesamt	240=43,87%	250=45,70%	534=97,62%	13= 2,38%	547=32,18%
perinat. Letalität	7= 2,92%	8= 3,20%	15= 2,81%	1= 7,69%	16= 2,93%

Tabelle 48

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
 ANTEIL DER GESTORBENEN FRÜHGEBURTEN AN DER GESAMT P.L.

1972	verhei- ratet	ledig	I- para	Multi- para	15 - Jahre	26- Jahre	30 u.mehr	31 Jahre u.mehr	deutsch arb.	Gast- gesamt
allgemein u. privat	26 41,94%	12 92,30%	17 47,22%	21 53,84%	18 69,23%	9 50,00%	11 35,48%	11 27,46%	10 62,50%	38 50,67%
allgemein	21 45,65%	12 92,30%	16 53,33%	17 58,62%	18 72,00%	4 22,22%	11 47,83%	24 54,55%	9 60,00%	33 55,93%
privat	5 31,25%	0	1 16,66%	4 40,00%	0	5 71,43%	0	4 26,67%	1 100 %	5 31,25%

FRÜHGEBURTEN GESAMT 1963/64

1963/64	verhei- ratet	ledig	I- para	Multi- para	15-25 Jahre	26-30 Jahre	31 Jahre u.mehr	berufs- tätig	ohne Beruf	gesamt
allgemein u. privat	111 57,54%	49 70,00%	82 66,13%	78 56,12%	79 69,30%	36 61,02%	45 50,00%	95 65,10%	65 55,56%	160 60,84%
allgemein	95 55,88%	49 70,00%	76 66,66%	68 53,97%	75 69,44%	29 55,77%	40 50,00%	91 65,00%	53 53,00%	144 50,00%
privat	16 100 %	0	5 31,25%	11 68,75%	4 25 %	7 43,75%	5 31,25%	4 25 %	12 75 %	16 69,57%

Tabelle 49

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972

GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNISS
ZUR ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIO-
NALITÄT UND PERINATALE LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPAT.

ÜBERSICHT - GESAMT

	über 2500 gr	1000 - 2499 gr	unter 1000 gr	Frühgeb. insgesamt	Tot- geburt	Gesamt
<u>a) zusammen</u>						
Kinder	1529=89,94%	135= 7,94%	11= 0,65%	146= 8,59%	25= 1,47%	1700
perinat.Letalität	12= 0,78%	28=20,74%	10=90,61%	38=26,03%	-	75= 4,41%
<u>b) allgemein</u>						
Kinder	1007=87,34%	116=10,06%	10= 0,87%	126=10,93%	20= 1,73%	1153
perinat.Letalität	6= 0,60%	24=20,69%	9=90,00%	33=26,03%	-	59= 5,12%
<u>c) privat</u>						
Kinder	522= 95,43%	19= 3,47%	1= 0,18%	20= 3,66%	5= 0,91%	547
perinat.Letalität	6= 1,15%	4=21,05%	1=100 %	5=25 %	-	16= 2,93%

Tabelle 50

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972

GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS
ZUR ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT UND PERINATALE LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPAT.

ÜBERSICHT - VERHEIRATETE FRAUEN

	über 2500 gr	1000 - 2499 gr	unter 1000 gr	Frühgeb. insgesamt	Tot- geburten	Gesamt
a) <u>zusammen</u>						
Kinder	1334=90,75%	105= 7,14%	7= 0,48%	112= 7,62%	24= 1,63%	1470=86,47%
perinat.Letalität	12= 0,90%	20=19,05%	6=85,71%	26=23,21%	-	62= 4,22%
b) <u>allgemein</u>						
Kinder	819=88,06%	86= 9,25%	6= 0,65%	92= 9,89%	19= 2,04%	930=80,65%
perinat.Letalität	6= 0,73%	16=18,60%	5=83,33%	21=22,83%	-	46= 4,95%
c) <u>privat</u>						
Kinder	515=95,37%	19= 3,52%	1= 0,185%	20= 3,70%	5= 0,93%	540=98,72%
perinat.Letalität	6= 1,17%	4=21,05%	1=100 %	5=25 %	-	16= 2,96%

Tabelle 51

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1972

GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS
ZUR ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT UND PERINATALEN LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPAT.

ÜBERSICHT — LEDIGE FRAUEN

	über 2500 gr	1000 — 2499 gr	unter 1000 gr	Frühgeb. insgesamt	Tot- geburten	Gesamt
<u>a) zusammen</u>						
Kinder	195=84,78%	30=13,04%	4= 1,74%	34=14,78%	1= 0,43%	230=13,53%
perinat.Letalität	0=0	8=26,67%	4=100 %	12=35,29%	—	13= 5,62%
<u>b) allgemein</u>						
Kinder	188=84,30%	30=13,45%	4= 1,79%	34=15,25%	1= 0,45%	223=19,34%
perinat.Letalität	0=0	8=26,67%	4=100 %	12=35,29%	—	13= 5,83%
<u>c) privat</u>						
Kinder	7=100 %	0=0	0=0	0=0	0=0	7= 1,28%
perinat.Letalität	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0

Tabelle 52

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972

GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS ZUR
ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT UND
PERINATALEN LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

ÜBERSICHT -- I-PARAE

	über 2500 gr	1000 - 2499 gr	unter 1000 gr	Frühgeb. insgesamt	Tot- geburten	Gesamt
<u>a) zusammen</u>						
Kinder	765=90,11%	65= 7,66%	5= 0,59%	70= 8,24%	14= 1,65%	849=49,94%
perinat.Letalität	5= 0,65%	13= 20 %	4=80 %	17=24,25%	-	36= 4,24%
<u>b) allgemein</u>						
Kinder	513=87,39%	58= 9,88%	5= 0,85%	63=10,73%	11= 1,87%	587=50,91%
perinat.Letalität	3= 0,58%	12=20,69%	4= 80 %	16=25,40%	-	30= 5,11%
<u>c) privat</u>						
Kinder	252=96,18%	7= 2,67%	0=0	7= 2,67%	3= 1,15%	262=47,89%
perinat.Letalität	2= 0,79%	1=14,29%	0=0	1=14,29%	-	6= 2,29%

Tabelle 53

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972

GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS ZUR ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT UND PERINATALEN LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

ÜBERSICHT - MULTIPARAE

	über 2500 gr	1000 - 2499 gr	unter 1000 gr	Frühgeb. insgesamt	Tot- geburten	Gesamt
<u>a) zusammen</u>						
Kinder	764=89,77%	70= 8,23%	6= 0,71%	76= 8,93%	11= 1,29%	851=50,06%
perinat.Letalität	7= 0,92%	15=21,43%	6=100 %	21=27,63%	-	39= 4,58%
<u>b) allgemein</u>						
Kinder	494=87,28%	58=10,25%	5= 0,88%	63=11,13%	9= 1,59%	566=49,10%
perinat.Letalität	3= 0,61%	12=20,69%	5=100 %	17=26,98%	-	29= 5,12%
<u>c) privat</u>						
Kinder	270=94,74%	12= 4,21%	1= 0,35%	13= 4,56%	2= 0,70%	285=52,11%
perinat.Letalität	4= 1,48%	3=25 %	1=100 %	4=30,77%	-	10= 3,51%

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972

GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS ZUR ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT UND PERINATALEN LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPACIENTINNEN

ÜBERSICHT - FRAUEN ZWISCHEN 15 UND 25 JAHREN

MÜTTER UNTER 15 JAHREN: allgemein: 2 über 2500 gr
1 Frühgeb ü. 1000 gr
privat: 1 über 2500 gr

	über 2500 gr	1000 - 2499 gr	unter 1000 gr	Frühgeb. insgesamt	Tot- geburten	Gesamt
<u>a) zusammen</u>						
Kinder	543=88,58%	58= 9,46%	7= 1,14%	65=10,60%	5= 0,82%	613=36,06%
perinat.Letalität	3= 0,55%	12=20,69%	6=85,71%	18=27,69%	-	26= 4,24%
<u>b) allgemein</u>						
Kinder	487=87,43%	58=10,41%	7= 1,26%	65=11,67%	5= 0,90%	557=48,31%
perinat.Letalität	2= 0,41%	12=20,69%	6=85,71%	18=27,69%	-	25= 4,49%
<u>c) privat</u>						
Kinder	56=100 %	0=0	0=0	0=0	0=0	56=10,23%
perinat.Letalität	1= 1,79%	0=0	0=0	0=0	-	1= 1,79%

Tabelle 55

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS ZUR
ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT
UND PERINATALEN LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

ÜBERSICHT - FRAUEN ZWISCHEN 26 UND 30 JAHREN

	über 2500 gr	1000 - 2499 gr	unter 1000 gr	Frühgeb. insgesamt	Tot- geburtten	Gesamt
<u>a) zusammen</u>						
Kinder	471=92,35%	32= 6,27%	1= 0,20%	33= 6,47%	6= 1,18%	510=30,00%
perinat.Letalität	3= 0,64%	8=25,00 %	1=100 %	9=27,27%	-	18= 3,53%
<u>b) allgemein</u>						
Kinder	243=90,00%	22= 8,15%	0	22= 8,15%	5= 1,85%	270=23,42%
perinat.Letalität	2= 0,82%	4=18,18%	0	4=18,18%	-	11= 4,07%
<u>c) privat</u>						
Kinder	228=95,00%	10= 4,17%	1= 0,42%	11= 4,58%	1= 0,42%	240=43,87%
perinat.Letalität	1= 0,44%	4=40,00%	1=100 %	5=45,45%	-	7= 2,92%

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS ZUR
ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT
UND PERINATALEN LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

ÜBERSICHT -- FRAUEN ÜBER 30 JAHRE

	über 2500 gr	1000 — 2499 gr	unter 1000 gr	Frühgeburten. insgesamt	Tot- geburten	Gesamt
<u>a) zusammen</u>						
Kinder	512=89,35%	44= 7,68%	3= 0,52%	47= 8,20%	14= 2,44%	573=33,71%
perinat.Letalität	6= 1,17%	8=18,18%	3=100%	11=23,40%	—	31= 5,41%
<u>b) allgemein</u>						
Kinder	275=85,14%	35=10,84%	3= 0,93%	38=11,76%	10= 3,10%	323=28,01%
perinat.Letalität	2= 0,73%	8=22,85%	3=100 %	11=28,95%	—	23= 7,12%
<u>c) privat</u>						
Kinder	237=94,80%	9= 3,60%	0	9= 3,60%	4= 1,60%	250=45,70%
perinat.Letalität	4= 1,69%	0=0	0	0=0	—	8= 3,20%

Tabelle 57

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1972

GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS ZUR ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT UND PERINATALEN LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

ÜBERSICHT - DEUTSCHE FRAUEN

	über 2500 gr	1000 - 2499 gr	unter 1000 gr	Frühgeb. insgesamt	Tot- geburten	Gesamt
<u>a) zusammen</u>						
Kinder	1157=90,04%	102= 7,94%	7= 0,54%	109= 8,48%	19= 1,48%	1285=75,59%
perinat.Letalität	12= 1,04%	22=21,57%	6=85,71%	28=25,69%	-	69= 4,59%
<u>b) allgemein</u>						
Kinder	647=86,15%	84=11,19%	6= 0,80%	90=11,98%	14= 1,86%	751=65,13%
perinat.Letalität	6= 0,93%	19=22,62%	5=83,33%	24=26,67%	-	44= 5,86%
<u>c) privat</u>						
Kinder	510=95,51%	18= 3,37%	1= 0,19%	19= 3,56%	5= 0,94%	534=97,62%
perinat.Letalität	6= 1,18%	3=16,67%	1=100 %	4=21,05%	-	15= 2,81%

Tabelle 58

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1972

GEBURTEN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN, TOTGEBURTEN IM VERHÄLTNIS ZUR ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN, FAMILIENSTAND, ALTER, NATIONALITÄT UND PERINATALEN LETALITÄT BEI ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

ÜBERSICHT - AUSLÄNDISCHE FRAUEN

	über 2500 gr	1000 - 2499 gr	unter 1000 gr	Frühgeburt. insgesamt	Tot- geburt	Gesamt
<u>a) Zusammen</u>						
Kinder	372=89,63%	33= 7,95%	4= 0,96%	37= 8,92%	6= 1,45%	415=24,41%
perinat.Letalität	0=0	6=18,18%	4=100 %	10=27,03%	-	16= 3,86%
<u>b) allgemein</u>						
Kinder	360=89,55%	32= 7,96%	4=100 %	36= 8,96%	6= 1,49%	402=34,87%
perinat.Letalität	0=0	5=15,63%	4=100 %	9=25,00%	-	15= 3,73%
<u>c) privat</u>						
Kinder	12=92,31%	1= 7,69%	0	1= 7,69%	0	13= 2,38%
perinat.Letalität	0=0	1=100 %	0	1=100 %	-	1= 7,69%

Tabelle 59

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
 GEBURTSGEWICHT ÜBER 2500 gr
 ÜBERSICHT: ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

	verhei- ratet	ledig	I- para	Multi- para	unt. 15 Jahre	15-25 Jahre	26-30 Jahre	über 30 J.	deutsch arb.	Gesamt
ohne Beratung	21	22	15	28	0	25	7	11	25	43
perin. Let.	1,57%	11,28%	1,96%	3,66%	0	4,60%	1,49%	2,15%	4,84%	2,81%
	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0
1 - 3x hier	98	22	64	56	0	50	35	35	84	120
perin. Let.	7,35%	11,28%	8,37%	7,33%	0	9,21%	7,43%	6,84%	7,26%	7,85%
	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0	0=0
mehr als 3x hier	751	68	401	418	0	235	282	302	637	819
perin. Let.	56,30%	34,87%	52,42%	54,71%	0	43,27%	59,87%	58,98%	55,06%	53,56%
	6	0	2	4	0	2	1	3	6	6
	0,80%	0	0,50%	0,96%	0	0,85%	0,35%	0,99%	0,94%	0,73%
1 - 3x außerh.	56	24	37	43	0	39	22	19	45	80
perin. Let.	4,20%	12,31%	4,84%	5,63%	0	7,18%	4,67%	3,71%	3,89%	5,23%
	2	0	2	0	0	0	2	0	2	2
	3,57%	0	5,41%	0	0	0	9,09%	0	4,44%	2,50%

Tabelle 59 - S. 2

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
GEBURTSGEWICHT ÜBER 2500 gr
ÜBERSICHT: ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

	verhei- ratet	ledig	I- para	Multi- para	unt. 15 Jahre	15-25 Jahre	26-30 Jahre	über 30 J.	deutsch	Gast- arb.	Gesamt
mehr als 3x außerh.	202 15,14%	37 18,97%	133 17,38%	106 13,87%	3	102 18,78%	58 12,31%	76 14,84%	181 15,64%	58 15,59%	239 15,63%
perin.	2	0	0	2	0	0	0	2	2	0	2
Let.	0,99%	0	0	1,89%	0	0	0	2,63%	1,1%	0	0,84%
hier und außerh.	206 15,44%	22 11,28%	115 15,03%	113 14,79%	0	92 16,94%	67 14,23%	69 13,48%	185 15,99%	43 11,56%	228 14,91%
perin.	2	0	1	1	0	1	0	1	2	0	2
Let.	0,97%	0	0,87%	0,88%	0	1,09%	0	1,45%	1,08%	0	0,88%
Gesamt	1334 87,25%	195 12,75%	765 50,03%	764 49,97%	3 0,20%	543 35,51%	471 30,80%	512 33,49%	1157 75,67%	372 24,33%	1529
perin.	12	0	5	7	0	3	3	6	12	0	12
Let.	0,90%	0	0,65%	0,92%	0	0,55%	0,64%	1,17%	1,04%	0	0,78%

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
GEBURTSGEWICHT ÜBER 2500 gr IM VERHÄLTNIS
ZUR ZAHL DER SCHWANGERSCHAFTSBERATUNGEN

	ohne Beratung	1 - 3x hier	mehr als 3x hier	1 - 3x außerhalb	mehr als 3x außerh.	hier + außerhalb	Gesamt
<u>a) zusammen</u>							
Geburten	43= 2,81%	120= 7,85%	819= 356%	80= 5,23%	239=15,63%	228=14,91%	1529=89,94%
perin.Let.	0	0	6= 0,73%	2= 2,50%	2= 0,84%	2= 0,88%	12= 0,78%
<u>b) allgemein</u>							
Geburten	43= 4,27%	72= 7,15%	450=44,69%	78= 7,75%	191=18,97%	173=17,18%	⁼ 65,86% 1007=87,34%
perin.Let.	0	0	1= 0,22%	2= 2,56%	1= 0,52%	2= 1,16%	6= 0,60%
<u>c) privat</u>							
Geburten	0	48= 9,20%	369=70,69%	2= 0,38%	48= 9,20%	55=10,54%	⁼ 34,14% 522=95,43%
perin.Let.	0	0	5= 1,36%	0	1= 2,08%	0	6= 1,15%

Tabelle 61

I. U IVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
 GEBURTSGEWICHT UNTER 1000 gr
 ÜBERSICHT: ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

	verhei- ratet	ledig	I- para	Multi- para	unt.15 Jahre	15-25 Jahre	26-30 Jahre	über 30 J.	deutsch	Gast- arb.	Gesamt
ohne Ber.	3	3	3	3	0	4	0	2	3	3	6
P.L.	3	3	3	3	0	4	0	2	3	3	6
1-3x hier	2	0	0	2	0	0	1	1	1	1	2
P.L.	2	0	0	2	0	0	1	1	1	1	2
mehr als 3x hier	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
P.L.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-3x außerhalb	1	1	1	1	0	2	0	0	2	0	2
P.L.	1	1	1	1	0	2	0	0	2	0	2
mehr als 3x außerhalb	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P.L.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabelle 61 - S. 2

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1972

GEBURTSGEWICHT UNTER 1000 gr

ÜBERSICHT: ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

	verhei- ratet	ledig	I- para	Multi- para	unt. 15 Jahre	15-25 Jahre	26-30 Jahre	über 30 J.	deutsch	Gast- arb.	Gesamt
hier + außerhalb	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P.L.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	7	4	5	6	0	7	1	3	7	4	11
P.L.	6=85,71%	4=100%	4=80%	6=100%	0=0	6=85,71%	1=100%	3=100%	6=85,71%	4=100%	10=90,91%
privat	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1
P.L.	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1

Tabelle 62

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1972
GEBURTSGEWICHT ÜBER 1000 - 2500 gr
ÜBERSICHT ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

	verhei- ratet	ledig	I-pa- ra	Multi- para	unter 15 Jahre	15 - 25 Jahre
ohne Beratung	5= 4,76%	9=30,00%	6= 9,23%	8=11,43%	0=0	7=12,07%
perinat.Letalität	1=20 %	1=11,11%	1=16,67%	1=12,50%	0=0	1=14,29%
1-3x hier	6= 5,71%	6=20 %	7=10,77%	5= 7,14%	1	8=13,79%
perinat.Letalität	0=0	1=16,67%	0=0	1=20 %	0=0	1=12,50%
mehr als 3x hier	34=32,38%	2= 6,67%	17=26,15%	19=27,14%	0=0	12=20,69%
perinat.Letalität	4=11,76%	2=100 %	2=11,76%	4=21,05%	0=0	1= 8,33%
1-3x außerhalb	11=10,48%	7=23,33%	10=15,38%	8=11,43%	0=0	13=22,44%
perinat.Letalität	3=27,27%	2=28,57%	4=40 %	1=12,50%	0=0	4=30,77=
mehr als 3x außerh.	27=25,71%	2= 6,67%	13=20 %	16=22,86%	0=0	10=17,24%
perinat.Letalität	12=44,44%	0=0	5=38,46%	7=43,75%	0=0	4=40 %
hier + außerh.	22=20,95%	4=13,33%	12=18,46%	14=20 %	0=0	8=13,79%
perinat.Letalität	0=0	2=50 %	1= 8,33%	1= 7,14%	0=0	1=12,50%
Gesamt	105=77,78%	30=22,22%	65=48,15%	70=51,85%	1	58=42,96%
perinat.Letalität	20=19,05%	8=26,67%	13=20 %	15=21,43%	0=0	12=20,69%

Tabelle 62 - S. 2

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972

GEBURTSGEWICHT ÜBER 1000 - 2500 gr

ÜBERSICHT: ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

	26 - 30 Jahre	über 30 Jahre	deutsch	Gastarbei- terinnen	Gesamt
ohne Beratung	2 = 6,25%	5 = 11,36%	6 = 5,88%	8 = 24,24%	14 = 10,37%
perinat. Letalität	1 = 50 %	0 = 0	1 = 16,67%	1 = 12,50%	2 = 14,29%
1 - 3x hier	1 = 3,13%	2 = 4,55%	7 = 6,86%	5 = 15,15%	12 = 8,88%
perinat. Letalität	0 = 0	0 = 0	1 = 14,29%	0 = 0	1 = 8,33%
mehr als 3x hier	11 = 34,38%	13 = 29,55%	30 = 29,41%	6 = 18,18%	36 = 26,66%
perinat. Letalität	3 = 27,27%	2 = 15,38%	4 = 13,33%	2 = 33,33%	6 = 16,66%
1 - 3x außerhalb	2 = 6,25%	3 = 6,81%	10 = 9,80%	8 = 24,24%	18 = 13,53%
perinat. Letalität	0 = 0	1 = 33,33%	3 = 30 %	2 = 25 %	5 = 27,78%
mehr als 3x außerhalb	7 = 21,88%	12 = 27,27%	26 = 25,49%	3 = 9,09%	29 = 21,48%
perinat. Letalität	4 = 57,14%	4 = 33,33%	11 = 42,31%	1 = 33,33%	12 = 41,38%
hier + außerhalb	9 = 28,13%	9 = 20,45%	23 = 22,55%	3 = 9,09%	26 = 19,26%
perinat. Letalität	0 = 0	1 = 11,11%	2 = 8,70%	0 = 0	2 = 7,69%
Gesamt	32 = 23,70%	44 = 32,59%	102 = 75,56%	33 = 24,44%	135
perinat. Letalität	8 = 25 %	8 = 18,18%	22 = 21,57%	6 = 18,18%	28 = 20,74%

Tabelle 63

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1972
GEBURTSGEWICHT VON 1000 -2499 gr IM VERHÄLTNIS ZUR
ZAHL DER SCHWANGERSCHAFTSBERATUNGEN

	ohne Beratung	1 - 3x hier	4x hier	1 - 3x außerhalb	mehr als 3x außerh.	hier + außerh.	Gesamt
<u>a) zusammen</u>							
Frauen	14=10,37%	12= 8,88%	36=26,66%	18=13,33%	29=21,48%	26=19,26%	135=100 %
perin.Let.	2=14,29%	1= 8,33%	6=16,36%	5=27,78%	12=41,38%	2= 7,69%	28=20,74%
<u>b) allgemein</u>							
Frauen	14=12,07%	11= 9,48%	23=19,83%	18=15,51%	26=22,41%	24=20,69%	116
perin.Let.	2=14,29%	1= 9,09%	4=17,39%	5=27,78%	10=38,46%	2= 8,33%	24=20,69%
<u>c) privat</u>							
Frauen	0	1	13	0	3	2	19
perin.Let.	0	0	2=15,38%	0	2=66,67%	0	4=21,05%

Tabelle 64

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
 INTRAUTERINER FRUCHTTOD
 ÜBERSICHT: ALLGEMEIN- UND PRIVATPATIENTINNEN

	verhei- ratet	ledig	I- para	Multi- para	unter 15 J.	15 - 25 Jahre	26-30 Jahre	über 30 J.	deutsch	Gestar- beit.	Gesamt
ohne Beratung	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1
1 - 3x hier	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1
mehr als 3x hier	6	0	3	3	0	1	0	5	2	4	6
1 - 3x außerhalb	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
mehr als 3x außerh.	12	0	7	5	0	2	5	5	10	2	12
hier + außerhalb	5	0	2	3	0	1	1	3	5	0	5
Gesamt	24	1	14	11	0	5	6	14	19	6	25

Tabelle 65

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1972

INTRAUTERINER FRUCHTTOD

	ohne Beratung	1 - 3x hier	mehr als 3x hier	1 - 3x außerhalb	mehr als 3x auß.	hier + außerh.	Gesamt
a) zusammen	1	1	6	0	12	5	25
b) allgemein	1	0	5	0	12	2	20
c) privat	0	1	1	0	0	3	5
hier abgest.	0	0	1	0	3	1	5
außerhalb abgest.	1	1	5	0	9	4	20

Tabelle 66

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT BEI ALLGEMEIN-
UND PRIVATPATIENTINNEN - GEBURTSGEWICHT ÜBER 2500 gr

	a) unbetroten	b) ungenügend betroten	a) + b) = c) schlecht betroten	genügend betroten	hier + außerh. betroten	Gesamt
Ges.P.L.	43= 2,81% = 0	200=13,08% 2= 1,00%	243=15,89% 2=	1058=69,20% 8=	228=14,91% 2= 0,88%	1529=16 % 12= 0,78%
verh.	21= 1,57% 0=0	154=11,55% 2=1,29%=16,66%	175=13,12% 2=1,14%=16,66%	953=71,74% 8=0,84%=66,67%	206=15,44% 2=0,97%=16,66%	1334=87,25% 12= 0,90%
ledig	22=11,28% 0=0	46=23,59% 0=0	68=34,87% 0=0	105=53,85% 0=0	22=11,28% 0=0	195=12,75% 0=0
I-para	15= 1,96% 0=0	101=13,20% 2=1,98%=40%	116=15,16% 2=1,72%=40%	534=69,80% 2=0,37%=40%	115=15,03% 1=0,87%=20%	765=50,03% 5= 0,65%
Multipara	28= 3,66% 0=0	99=12,96% 0=0	127=16,62% 0=0	524=68,59% 6=1,15%=85,71%	113=14,79% 1=0,88%=14,29%	764=49,97% 7= 0,92%
15-25 J.	25= 4,60% 0=0	89=16,39% 0=0	114=20,99% 0=0	337=62,06% 2=0,59%=66,67%	92=16,94% 1=1,09%=33,33%	543=35,51% 5= 0,55%
26-30 J.	7= 1,49% 0=0	57=12,10% 2=3,51%=66,67%	64=13,59% 2=3,125=66,67%	340=72,19% 1=60,29=33,33%	67=14,23% 0=0	471=30,80% 3= 0,64%

Tabelle 66 - S. 2

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
 SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT BEI ALLGEMEIN-
 UND PRIVATPATIENTINNEN - GEBURTSGEWICHT ÜBER 2500 gr

	a) unbetreut	b) ungenügend betreut	a) + b) = c) schlecht betreut	genügend betreut	hier + außerh. betreut	gesamt
31 Jahre und mehr	11= 2, 15% 0=0	54=10, 55% 0=0	65=12, 70% 0=0	378=73, 85% 5=1, 32%=83, 33%	69=13, 48% 1=1, 45%=16, 67%	512=33, 49% 6= 1, 17%
deutsch	25= 2, 16% 0=0	129=11, 15% 2=1, 56%=16, 67%	154=13, 31% 2=16, 67%=1, 30%	818=70, 70% 8=0, 98%=66, 67%	185=15, 99% 2=1, 08%=16, 67%	1157=75, 67% 12= 1, 04%
Gastarb.	18= 4, 84% 0=0	71=19, 09% 0=0	89=23, 92% 0=0	240=64, 52% 0=0	43=11, 56% 0=0	372=24, 33% 0=0

Tabelle 67

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT BEI ALLGEMEIN-
UND PRIVATPACIENTINNEN - FRÜHGEBURTEN UNTER 1000 gr

	a) unbetroet	b) ungenuegend betroet	a) + b) = c) schlecht betroet	genuegend betroet	hier + auerh. betroet	Gesamt
Gesamt- P.L.	6=54,54% 6=54,54%	4=36,36% 4=36,36%	10=100 % 10=100%	1=100 % 0=0	0=0 0=0	11=100 % 10=90,91%=13,33%
verh.	3=100 % 3=100 %	3=100 % 3=100 %	6=100 % 6=100 %	1=100 % 0=0	0=0 0=0	7=100 % 6=85,71%
ledig	3=100 % 3=100 %	1=100 % 1=100 %	4=100 % 4=100 %	0=0 0=0	0=0 0=0	4=100 % 4=100 %
I-para	3=100 % 3=100 %	1=100 % 1=100 %	4=100 % 4=100 %	1=100 % 0=0	0=0 0=0	5=100 % 4=
Multipara	3=100 % 3=100 %	3=100 % 3=100 %	6=100 % 6=100 %	0=0 0=0	0=0 0=0	6=100% 5=100 %
15-25 J.	4=100 % 4=100 %	2=100 % 2=100 %	6=100 % 6=100 %	1=100 % 0=0	0=0 0=0	7=100 % 6=85,71%
26-30 J.	0=0 0=0	1=100 % 1=100 %	1=100 % 1=100 %	0=0 0=0	0=0 0=0	1=100 % 1=100 %

Tabelle 67 - S 2

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT BEI ALLGEMEIN-
UND PRIVATPATTIENTINNEN - FRÜHGEBURTEN UNTER 1000 gr

	a) unbetreut	b) ungenügend betreut	a) + b) = c) schlecht betreut	genügend betreut	hier + außerh. betreut	Gesamt
31 Jahre und mehr	2=100 % 2=100 %	1=100 % 1=100 %	3=100 % 3=100 %	0=0 0=0	0=0 0=0	3=100 % 3=100 %
deutsch	3=100 % 3 = 100 %	3=100 % 3=100 %	6=100 % 6=100 %	1= 0=0	0=0 0=0	7=100 % 6=85,71%
Gastarb.	3=100 % 3=100 %	1=100 % 1=100 %	4=100 % 4=100 %	0=0 0=0	0=0 0=0	4=100 % 4=100 %

Tabelle 68

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT BEI ALLGEMEIN-
UND PRIVATPATIENTINNEN - FRÜHGEBURTEN VON 1000 - 2499 gr

	a) unbetroten	b) ungenügend betroten	a) + b) = c) schlecht betroten	genügend betroten	hier + außerh. betroten	Gesamt
Gesamt-	14=10,37%	30=22,22%	44=32,59%	65=48,15%	26=19,26%	135=100 %
P.L.	2=14,29%=7,14%	6=20%=21,43%	8=18,18=28,57%	18=27,69=64,29%	2=7,69%=7,14%	28=20,74%
verh.	5= 4,76% 1=20%=5%	17=16,19% 3=17,65=15,00%	22=20,95% 4=18,18%=20%	61=58,10% 16=26,23%=80%	22=20,95% 0=0	105=77,78% 20=19,05%
ledig	9=30 % 1=11,11%=12,5%	13=43,33% 3=23,08%=37,5%	22=73,33% 4=18,18%=50%	4=13,33% 2=50%=25%	4=13,33% 2=50%=25%	30=22,22% 8=26,67%
I-parae	6= 9,23% 1=16,67%=7,69%	17=26,15% 4=23,52=30,77%	23=35,38% 5=21,74=38,46%	30=46,15% 7=23,33=53,85%	12=18,46% 1=8,33%=7,69%	65=48,15% 13=20 %
Multi- parae	8=11,43% 1=12,5%=6,67%	13=18,57% 2=15,38=13,33%	21=30 % 3=14,29%=20%	35=50 % 11=31,42=73,33%	14=20 % 1=7,14%=6,67%	70=51,85% 15=21,43%
15-25 J.	7=12,07% 1=14,29%=8,33%	21=36,21% 5=23,81=41,67%	28=48,28% 6=21,43%=50%	22=37,93% 5=22,73=41,67%	8=13,79% 1=12,5%=8,33%	58=42,96% 12=20,69%
26-30 J.	2= 6,25% 1=50%=12,50%	3= 9,38% 0=0	5=15,63% 1=20%=12,50%	18=56,25% 7=38,89%=87,5%	9=28,13% 0=0	32=23,70% 8=25 %

Tabelle 68 - S. 2

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
 SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT BEI ALLGEMEIN-
 UND PRIVATPATTIENTINNEN - FRÜHGEBURTEN VON 1000 -2499 gr

	a) unbetreut	b) ungenügend betreut	a) + b) = c) schlecht betreut	genügend betreut	hier + außerh. betreut	Gesamt
31 Jahre und mehr	5=11,36% 0=0	5=11,36% 1=20%=12,5%	10=22,70% 1=10%=12,50%	25=56,82% 6=24%=75%	9=20,45% 1=11,11%=12,5%	44=32,59% 8=18,18%
deutsch	6=5,88% 1=16,67%=4,55%	17=16,66% 4=23,53%=18,18%	23=22,54% 5=21,74%=22,73%	56=54,90% 15=26,79=68,18%	23=22,55% 2=8,7%=9,09%	102=75,56% 22=21,57%
Gastarb.	8=24,24% 1=12,5%=16,66%	13=39,39% 2=15,38=53,33%	21=63,64% 3=14,29%=50%	9=27,27% 3=33,33%=50%	3=9,09% 0=0	33=24,44% 6=18,18%

Tabelle 69

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT BEI ALGEMEIN-
UND PRIVATPATIENTINNEN - INTRAUTERINER FRUCHTTOD

	a) unbetroffen	b) ungenügend betroffen	a) + b) = c) schlecht betroffen	genügend betroffen	hier + außerh. betroffen	Gesamt
Gesamt	1 = 4 %	1 = 4 %	2 = 8 %	18 = 72 %	5 = 20 %	25 = 33,33 %
verh.	0=0	1 = 4,17%	1 = 4,17 %	18 = 75 %	5 = 20,83%	24 = 96 %
ledig	1 = 100 %	0 = 0	1 = 100 %	0 = 0	0 = 0	1 = 4 %
I-para	1 = 7,14 %	1 = 7,14 %	2 = 14,28 %	10 = 71,43 %	2 = 14,28 %	14 = 56 %
Multipara	0 = 0	0 = 0	0 = 0	8 = 72,73 %	3 = 27,27 %	11 = 44 %
15 - 25 J.	1 = 20 %	0 = 0	1 = 20 %	3 = 60 %	1 = 20 %	5 = 20 %
26 - 30 J.	0 = 0	0 = 0	0 = 0	5 = 83,33 %	1 = 16,67 %	6 = 24 %
31 Jahre u. mehr	0 = 0	1 = 7,14 %	1 = 7,14 %	10 = 71,43 %	3 = 21,43 %	14 = 56 %
deutsch	1 = 5,26 %	1 = 5,26 %	2 = 10,52 %	12 = 63,16 %	5 = 26,32 %	19 = 76 %
Gestarb.	0 = 0	0 = 0	0 = 0	6 = 100 %	0 = 0	6 = 24 %

Tabelle 70

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN
ÜBERSICHT DER PERINATALEN LETALITÄT 1963/64 : 1972

	1963/64			1972		
	Allgemein + privat	Allgemein	Privat	Allgemein + privat	Allgemein	Privat
Gesamt-P.L.	263= 4,82%	240= 5,57%	23= 2,00%	75= 4,41%	59= 5,12%	16= 2,92%
ante- + subpart. P.L.	83= 1,52% =31,56%	80= 1,86% =33,33%	3= 0,26% =13,04%	25= 1,47% =33,33%	20= 1,73% =33,90%	5= 0,91% =31,25%
postpart. P.L.	180= 3,30% =68,44%	160= 3,72% =66,67%	20= 1,74% =86,96%	50= 2,94% =66,67%	39= 3,38% =66,10%	11= 2,01% =68,75%
Kinder über 2500 gr	20= 0,37% = 7,61%	17= 0,39% = 7,08%	3= 0,26% =13,04%	12= 0,71% =16 %	6= 0,52% =10,17%	6= 1,09% =37,50%
Frühgeburten unter 1000 gr	81= 1,49% =30,79%	73= 1,69% =30,42%	8= 0,70% =34,78%	10= 0,59% =13,33%	9= 0,78% =15,25%	1= 0,18% = 6,25%
Frühgeburten über 1000 gr	79= 1,45% =30,10%	71= 1,65% =20,58%	8= 0,70% =34,78%	28= 1,65% =37,33%	24= 2,08% =40,68%	4= 0,73% =25 %
Frühgeburten zusammen	160= 2,94% =60,84%	144= 3,34% =60 %	16= 1,39% =69,57%	38= 2,24% =50,67%	33= 2,86% =55,93%	5= 0,91% =31,25%

Tabelle 71

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN
ANTEIL DER FRÜHGEURTENSTERBLICHKEIT AN DER GESAMT P.L. 1972

verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre u. mehr	deutsch	Gastar- beit.	Gesamt
<u>allgemein und privat</u>									
26=41,94%	12=92,30%	17=47,22%	21=53,84%	18=69,23%	9=50%	11=35,48%	28=47,46%	10=62,50%	38=50,67%
<u>allgemein</u>									
21=45,65%	12=92,30%	16=53,53%	17=58,62%	18=72%	4=22,22%	11=47,83%	24=54,55%	9=60%	33=55,93%
<u>privat</u>									
5=31,25%	0	1=16,66%	4=40%	0	5=71,43%	0	4=26,67%	1=100%	5=31,25%

Frühgeburten 1963/64

verh.	ledig	I-para	Multipara	15-25 J.	26-30 J.	31 J.u.m.	berufst.	o.Beruf	Gesamt
<u>allgemein und privat</u>									
111=57,51%	49=70%	82=66,13%	78=56,12%	79=69,30%	36=61,02%	45=50%	95=65,1%	65=55,56%	160=60,84%
<u>allgemein</u>									
95=55,88%	49=70%	76=66,66%	68=53,97%	75=69,44%	29=55,77%	40=50%	91=65%	53=53%	144=60%
<u>privat</u>									
16=100%	0	5=31,25%	11=68,75%	4=25%	7=43,75%	5=31,25%	4=25%	12=75%	16=69,57%

Tabelle 72

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN
PERINATALE LETALITÄT 1963/64 : 1972

	Geburten über 2500 gr	Frühgeburten unter 1000 gr	Frühgeburten über 1000 gr	Frühgeburten gesamt	intrauteriner Fruchttod	Gesamt
1963/64	4884=89,55%	93= 1,71%	516= 9,46%	609=11,17%		5454
P.L.	20= 0,41% 7,61%	81=87,10% 30,80%	79=15,31% 30,04%	160=26,27% 60,84%	83= 1,52% 31,53%	263= 4,82%
1972	1529=89,94%	11= 0,65%	135= 7,94%	146= 8,59%		1700
P.L.	12= 0,78% 16 %	10=90,91% 13,53%	28=20,74% 37,33%	37=26,02% 50,67%	25= 1,47% 33,33%	75= 4,41 %

Tabelle 73

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1963/64

ÜBERSICHT ÜBER DIE SCHWANGERENBERATUNG DER FRAUEN MIT GESTORBENEN KINDERN ÜBER 2500 gr, FRÜHGEBURTEN UND INTRAUTERINEM FRUCHTTOD UNTER DEM GESICHTSPUNKT UNBETREUT, UNGENÜGEND BETREUT, GENÜGEND BETREUT.

	a) unbe- treut	b) ungen. betreut	a) + b) (schlecht)	c) genüg. betr.	Gesamt
<u>Geburten üb. 2500 gr</u>					
	4=20 %	6=30 %	10=50 %	10=50 %	20=7,60%
verh.	3=17,65%	5=29,41%	8=47,06%	9=52,94%	17
ledig	1	2	3=100 %	0	3
I-para	1	2	3=37,50%	5=62,5%	8
Multipara	3	4	7=58,37%	5=41,67%	12
berufst.	1	2	3=37,50%	5=62,50%	8
o.Beruf	3	4	7=58,33%	5=41,67%	12
15-25 J.	-	1	1=33 %	2=66 %	3
26-30 J.	1	1	2=33 %	4=67 %	6
31 J u.m.	3	4	7 =63,64%	4=36,36%	11
=====					
<u>Geburten unter 1000 gr</u>					
	43=53,09%	21=25,93%	64=79,01%	17=20,99%	81=30,80%
verh.	23=46%	14=28 %	37=74 %	13=26 %	50
ledig	20=64,52%	7=22,58%	27=87,10%	4=12,90%	31
I-para	21=52,50%	10=25 %	31=77,50%	9=22,50%	40
Multipara	22=53,66%	11=26,83%	33=80,49%	8=19,51%	41
berufst.	29=53,70%	13=24,07%	42=77,78%	12=22,22%	54
o.Beruf	14=51,85%	8=26,93%	22=81,48%	5=18,52%	27
15-25 J.	26=63,41%	8=19,51%	34=82,93%	7=17,07%	41
26-30 J.	8=40,00%	7=35,00%	15=75,00%	5=25,00%	20
31 J u.m.	9=45,00%	6=30,00%	15=75,00%	5=25,00%	20
=====					

Tabelle 73 - S. 2

	a) unbe- treut	b) ungen. betreut	a) + b) (schlecht)	c) genüg. betr.	Gesamt
<u>Geburten über 1000 gr</u>					
	19=24,05%	37=46,84%	56=70,88%	23=29,12%	79=30,04%
verh.	11=18,33%	27=45,00%	38=63,33%	22=36,67%	60
ledig	8=42,11%	10=52,63%	18=94,74%	1= 5,26%	19
I-para	9=21,43%	23=54,76%	32=76,19%	10=23,81%	42
Multipara	10=27,03%	14=37,84%	24=64,86%	13=35,14%	37
berufst.	10=24,39%	24=58,54%	34=82,93%	7=17,07%	41
o.Beruf	9=23,68%	13=34,21%	22=57,89%	16=42,11%	38
15-25 J.	11=29,73%	17=45,95%	28=75,68%	9=24,32%	37
26-30 J.	4=22,22%	9=50,00%	13=72,22%	5=27,78%	18
31 J u.m.	4=16,66%	11=45,83%	15=62,50%	9=37,50%	24

Intraut. Fruchttod

	17=20,48%	35=42,17%	52=62,65%	31=37,35%	83=31,56%
verh.	12=18,75%	29=45,31%	41=64,06%	23=35,94%	64
ledig	5=26,32%	6=31,58%	11=57,89%	8=42,11%	19
I-para	3= 8,82%	9=26,47%	12=35,29%	22=64,71%	34
Multipara	14=28,57%	26=53,06%	40=81,63%	9=18,37%	49
berufst.	8=19,05%	14=33,33%	22=52,38%	20=47,62%	42
o.Beruf	9=21,95%	21=51,22%	30=73,17%	11=26,83%	41
15-25 J.	5=16,67%	11=36,67%	16=53,33%	14=46,67%	30
26-30 J.	4=21,05%	9=47,37%	13=68,42%	6=31,58%	19
31 J.u.m.	8=23,53%	15=44,12%	23=67,65%	11=32,35%	34
außerh.gest	12=19,35%	25=40,32%	37=59,68%	25=40,32%	62
hier gest.	5=23,81%	10=47,62%	15=71,43%	6=28,57%	21

Tabelle 74

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1972

SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT BEI ALLGEMEIN-
UND PRIVATPATIENTINNEN - GEBURTSGEWICHT ÜBER 2500 gr

	a) unbetroffen	b) ungenügend betroffen	a) + b) = c) schlecht betroffen	genügend betroffen	hier u. außerh. betroffen	Gesamt
Ges. - P.L.	43= 2,81% 0=0	200=13,08% 2= 1,00%	243=15,89% 2=	1058=69,20% 8=	228=14,91% 2= 0,883%	1529=16 % 12= 0,78%
verh.	21= 1,57% 0=0	154=11,55% 2=1,29%=16,66%	175=13,12% 2=1,14%=16,66%	953=71,74% 8=0,84%=66,67%	206=15,44% 2=0,97%=16,66%	1334=87,25% 12= 0,90%
ledig	22=11,28% 0=0	46=23,59% 0=0	68=34,87% 0=0	105=53,85% 0=0	22=11,28% 0=0	195=12,75% 0=0
I-para	15= 1,96% 0=0	101=13,20% 2=1,98%=40 %	116=15,16% 2=1,72%=40 %	534=69,80% 2=0,37%=40 %	115=15,03% 1=0,87%=20 %	765= 50,03% 5= 0,65%
Multipara	28= 3,66% 0=0	99=12,96% 0=0	127= 16,62% 0=0	524=68,59% 6=1,15%=85,71%	113=14,79% 1=0,88%=14,29%	764=49,97% 7= 0,92%
15-25 J.	25= 4,60% 0=0	89=16,39% 0=0	114=20,99% 0=0	337=62,06% 2=0,59%=66,67%	92=16,94% 1=1,09%=33,33%	543=35,51% 5= 0,55%
26-30 J.	7= 1,49% 0=0	57=12,10% 2=3,51%=66,67%	64=13,59% 2=3,125=66,67%	340=72,19% 1=60,29=33,33%	67=14,23% 0=0	471=30,80% 3= 0,64%

Tabelle 74 - S. 2

	a) unbetreut	b) ungenügend betreut	a) + b) = c) schlecht betreut	genügend betreut	hier u. außerh. betreut	Gesamt
31 Jahre und mehr	11= 2,15% 0=0	54=10,55% 0=0	65=12,70% 0=0	378=73,85% 5=1,32%=83,33%	69=13,48% 1=1,45%=16,67%	512=33,49% 6= 1,17%
deutsch	25= 2,16% 0=0	129=11,15% 2=1,56%=16,67%	154=13,31% 2=16,67%=1,30%	818=70,70% 8=0,98%=66,67%	185=15,99% 2=1,08%=16,67%	1157=75,67% 12= 1,04%
Gastarb.	18= 4,84% 0=0	71=19,09% 0=0	89=23,92% 0=0	240=64,52% 0=0	43=11,56% 0=0	372=24,33% 0=0

Tabelle 75

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972

SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT BEI ALLGEMEIN-
UND PRIVATPATIENTINNEN - FRÜHGEBURTEN VON 1000 - 2499 gr

	a) unbetroten	b) ungenügend betroten	a) + b) = c) schlecht betroten	genügend betroten	hier u. außerh. betroten	Gesamt
Gesamt-P.L.	14=10,37% 2=14,29%=7,14%	30=22,22% 6=20%=21,43%	44=32,59% 8=18,18=28,57%	65=48,15% 18=27,69=64,29%	26=19,26% 2=7,69%=7,14%	135=100 % 28=20,74%
verh.	5= 4,76% 1=20%=5%	17=16,19% 3=17,65%=15%	22=20,95% 4=18,18%=20%	61=58,10% 16=26,23%=80%	22=20,95% 0=0	105=77,78% 20=19,05%
ledig	9=30 % 1=11,11%=12,5%	13=43,33% 3=23,08%=37,5%	22=73,33% 4=18,18%=50%	4=13,33% 2=50%=25%	4=13,33% 2=50%=25%	30=22,22% 8=26,67%
I-parae	6= 9,23% 1=16,67%=7,69%	17=26,15% 4=23,52=30,77%	23=35,38% 5=21,74=38,46%	30=46,15% 7=23,33=53,85%	12=18,46% 1=8,33%=7,69%	65=48,15% 13=20 %
Multiparae	8=11,43% 1=12,5%=6,67%	13=18,57% 2=15,38=13,33%	21=30 % 3=14,29%=20%	35=50 % 11=31,42=73,33%	14=20 % 1=7,14%=6,67%	70=51,85% 15=21,43%
15 - 25 J.	7=12,07% 1=14,29%=8,33%	21=36,21% 5=23,81=41,67%	28=48,28% 6=21,43%=50%	22=37,93% 5=22,73=41,67%	8=13,79% 1=12,5%=8,33%	58=42,96% 12=20,69%
26 - 30 J.	2= 6,25% 1=50%=12,50%	3= 9,38% 0=0	5=15,63% 1=20%=12,50%	18=56,25% 7=38,89%=87,5%	9=28,13% 0=0	32=23,70% 8=25 %

Tabelle 75 - S. 2

	a) unbetreut	b) ungenügend betreut	a) + b) = c) schlecht betreut	genügend betreut	hier u. außerh. betreut	Gesamt
31 Jahre und mehr	5=11, 36% 0=0	5=11, 36% 1=20%=12, 5%	10=22, 70% 1=10%=12, 50%	25=56, 82% 6=24%=75%	9=20, 45% 1=11, 11%=12, 5%	44=32, 59% 8=18, 18%
deutsch	6= 5, 88% 1=16, 67%=4, 55%	17=16, 66% 4=23, 53=18, 18%	23=22, 54% 5=21, 74=22, 73%	56=54, 90% 15=26, 79=68, 18%	23=22, 55% 2=8, 7%=9, 09%	102=75, 56% 22=21, 57%
Gastarb.	8=24, 24% 1=12, 5%=16, 66%	13=39, 79% 2=15, 38=33, 33%	21=63, 64% 3=14, 29%=50%	9=27, 27% 3=33, 33%=50%	3= 9, 09% 0=0	33=24, 44% 6=18, 18%

Tabelle 76

I. UNIVERSITÄTSFRAUKENKLINIK MÜNCHEN 1972
SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT BEI ALLGEMEIN-
UND PRIVATPATIENTINNEN - INTRAUTERINER FRUCHTOD

	a) unbetreut	b) ungenügend betreut	a) + b) = c) schlecht betreut	genügend betreut	hier u. außerh. betreut	Gesamt
Gesamt	1 = 4%	1 = 4%	2 = 8%	18 = 72 %	5 = 20 %	25 = 33,33% = 1,47%
verh.	0 = 0	1 = 4,17%	1 = 4,17%	18 = 75 %	5 = 20,83%	24 = 96 %
ledig	1 = 100 %	0 = 0	1 = 100 %	0 = 0	0 = 0	1 = 4 %
I - para	1 = 7,14 %	1 = 7,14 %	2 = 14,28 %	10 = 71,43%	2 = 14,28%	14 = 56 %
Multipara	0 = 0	0 = 0	0 = 0	8 = 72,73%	3 = 27,27%	11 = 44 %
15 - 25 J.	1 = 20 %	0 = 0	1 = 20 %	3 = 60 %	1 = 20 %	5 = 20 %
26 - 30 J.	0 = 0	0 = 0	0 = 0	5 = 83,33%	1 = 16,67%	6 = 24 %
31 J. u. m.	0 = 0	1 = 7,14 %	1 = 7,14 %	10 = 71,43%	3 = 21,43%	14 = 56 %
deutsch	1 = 5,26 %	1 = 5,26 %	2 = 10,52%	12 = 63,16%	5 = 26,32%	19 = 76 %
Gestarb.	0 = 0	0 = 0	0 = 0	6 = 100 %	0 = 0	6 = 24 %

Tabelle 77

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN
PERINATALE LETALITÄT IM VERHÄLTNISS ZUR ANZAHL DER SCHWANGERENBERATUNG
1963/64 : 1972

	allgemein + privat		allgemein		privat	
	1963/64	1972	1963/64	1972	1963/64	1972
ohne Beratung	487= 8,90%	64= 3,76%	451=10,47%	64= 5,55%	36= 3,14%	0
P.L.	84=16,63%	9=14,06%	79=17,52%	9=14,06%	2= 5,55%	0
1-3x i.d.Polikl.						
P.L.	1247=22,86%	135= 7,94%	874=20,30%	84= 7,29%	373=32,49%	51= 9,32%
	37= 2,97%	4= 2,96%	32= 3,66%	2= 2,38%	5= 1,34%	2= 3,92%
4 x in der Poliklinik	1723=31,56%	862=50,71%	1159=26,92%	479=41,54%	564=49,13%	383=70,02%
P.L.	36= 2,09%	18= 2,09%	21= 1,81%	10= 2,09%	15= 2,67%	8= 2,09%
1 - 3x außerhalb	903=16,55%	100= 5,88%	831=19,30%	98= 8,50%	72= 6,27%	2= 0,37%
P.L.	63= 6,79%	9= 9,00%	63= 7,58%	9= 9,18%	0	0
4x außerhalb	1094=20,06%	280=16,47%	991=23,01%	229=19,86%	103= 8,97%	51= 9,32%
P.L.	46= 4,21%	26= 9,29%	45= 4,54%	23=10,04%	1= 0,97%	3= 5,88%
in der Polikl. u. außerhalb						
P.L.		259=15,24%		199=17,26%		60=10,97%
		9= 3,47%		6= 3,02%		3= 5 %
Gesamt	5454	1700	4306=78,95%	1153=67,82%	1148=21,05%	547=32,18%
P.L.	263= 4,82%	75= 4,41%	240= 5,57%	59= 5,11%	23= 2,00%	16= 2,93%

Tabelle 78

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN
PERINATALE LETALITÄT UND 1 bis 10mal SCHWANGERENBERATUNG 1963/64 : 1972

		ohne Beratung	1 - 10x in der Poliklinik	1 - 10x außerhalb	Gesamt
<u>allgemein und privat</u>					
1963/64	Anz. der Kinder	487= 8,93%	2970=54,45%	1997=36,61%	5454
	P.L.	81=16,63%	73= 2,46%	109= 5,45%	263= 4,82%
1972	Anz. der Kinder	64= 3,76%	997=58,65%	380=22,35%	1700
	P.L.	9=14,06%	22 = 2,21%	35= 9,21%	75= 4,41%
=====					
<u>allgemein</u>					
1963/64	Anz. der Kinder	451=10,47%	2033=47,21%	1822=42,31%	4308=78,95%
	P.L.	79=17,52%	53= 2,61%	108= 5,92%	240= 5,57%
1972	Anz. der Kinder	64= 5,55%	563=48,83%	327=28,36%	1153=67,82%
	P.L.	9=14,06%	12= 2,13%	32= 9,79%	59= 5,12%
=====					

Tabelle 78 - S 2.

		ohne Beratung	1 - 10x in der Poliklinik	1 - 10x außerhalb	Gesamt
<u>privat</u>					
1963/64	Anz. der Kinder P.L.	36= 3, 14% 2= 5, 55%	937=81, 62% 20= 2, 13%	175=15, 24% 1= 0, 57%	1148=21, 05% 23= 2, 00%
1972	Anz. der Kinder P.L.	0 0	434=79, 34% 10= 2, 30%	53= 9, 69% 3= 5, 66%	547=32, 18% 16= 2, 93%
=====					
<u>allgemein und privat</u>					
1972	Anz. der Kinder P.L.	35= 2, 72% 5=14, 29%	763=59, 38% 15= 1, 97%	274=21, 32% 30=10, 95%	1285=75, 59% 59= 4, 59%
1972	Anz. der Kinder P.L.	29= 6, 99% 4=13, 79%	234=56, 39% 7= 2, 99%	106=25, 54% 5= 4, 72%	415=24, 41% 16= 3, 86%
=====					
<u>allgemein</u>					
1972	Anz. der Kinder P.L.	35= 4, 66% 5=14, 06%	340=45, 27% 6= 1, 76%	222=29, 56% 27=12, 16%	751=65, 13% 44= 5, 86%
1972	Anz. der Kinder P.L.	29= 7, 21% 4=13, 79%	223=54, 73% 6= 2, 69%	105=26, 12% 5= 4, 76%	402=34, 87% 15= 3, 73%
=====					

Tabelle 79

VERGLEICH ZIMMER, 1960

		ohne Beratung	ungenügend betreut	genügend betreut	Gesamt
<u>allgemein + privat</u>					
1963/64	Anz. der Kinder	487= 8,93%	2150=39,42%	2817=51,16%	5454
	P.L.	81=16,63%	100= 4,65%	82= 2,91%	283= 4,82%
1972	Anz. der Kinder	64= 3,76%	235=13,82%	1142 = 67,18%	1700=100 %
	P.L.	9=14,06%	13= 5,53%	44= 3,85%	75= 4,41%
=====					
<u>allgemein</u>					
1963/64	Anz. der Kinder	451=10,47%	1705=39,60%	2150=49,93%	4306=78,95%
	P.L.	79=17,52%	95= 5,57%	66= 3,07%	240= 5,57%
1972	Anz. der Kinder	64= 5,55%	182=15,78%	708=61,40%	1153
	P.L.	9=14,06%	11= 6,04%	33= 4,66%	59= 5,12%
=====					

Tabelle 79 - S 2

VERGLEICH ZIMMER, 1960

		ohne Beratung	ungenügend betreut	genügend betreut	Gesamt
privat					
1963/64	Anz. der Kinder	36= 3,14%	445=38,76%	667=58,10%	1148=21,05%
	P.L.	2= 5,55%	5= 1,12%	16= 2,40%	23= 2,00%
1972	Anz. der Kinder	0	53= 9,70%	434=79,34%	547
	P.L.	0	2= 3,77%	11= 2,53%	16= 2,93%
=====					
allgemein + privat					
1972	Anz. der Kinder	35= 2,72%	150=11,67%	887=69,03%	1285=75,59%
deutsch	P.L.	5=14,29%	10= 6,67%	35= 3,95%	59= 4,59%
1972	Anz. der Kinder	29= 6,99%	85=20,48%	255=61,45%	415=24,41%
Gastarb.	P.L.	4=13,79%	3= 3,53%	9= 3,53%	16= 3,86%
=====					
Zimmer,	Anz. der Kinder				
1960	P.L.	6, 5%	5, 3%	3, 2%	

Tabelle 80

I. UNIVERSITÄTSFRAUKENKLINIK MÜNCHEN 1963/64
 SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT
 BEI DEN 263 FRAUEN MIT GESTORBENEN KINDERN.

Gesamt	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	berufs- tätig	ohne Beruf	15 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre u. mehr
<u>ohne Beratung</u>									
zus. 81=30,79%	49=25,39%	32=45,71%	33=26,61%	48=34,53%	48=32,88%	33=28,81%	42=36,84%	16=27,12%	23=25,56%
allg. 79=32,92%	47=27,65%	32=45,71%	32=28,07%	47=37,30%	47=33,57%	32=32,0%	41=38,0%	16=30,77%	22=27,50%
Priv. 2= 8,69%	2= 8,69%	0	1=10 %	1= 7,69%	1=16,67%	1= 5,88%	1=16,67%	0	1=10 %
<u>ungenügend betreut</u>									
zus. 100=38,02%	75=38,86%	25=35,71%	45=36,29%	55=39,57%	54=36,99%	46=39,32%	39=34,21%	26=44,07%	37=41,11%
allg. 95=39,58%	70=41,18%	25=35,71%	42=36,84%	53=42,06%	52=37,14%	45=43 %	39=36,11%	21=40,38%	36=45 %
Priv. 5=21,74%	5=21,74%	0	3=30 %	2=15,38%	2=33,33%	3=17,65%	0	5=71,43%	1=10 %
<u>genügend betreut</u>									
zus. 82=31,18%	69=35,75%	13=18,57%	46=37,10%	36=25,90%	43=29,45%	39=33,33%	53=28,95%	19=32,20%	30=33,33%
allg. 66=27,50%	53=31,18%	13=18,57%	40=35,08%	26=20,63%	41=29,29%	25=25 %	29=26,85%	15=28,85%	22=27,50%
Priv. 16=69,57%	16=69,57%	0	6=60 %	10=76,92%	3=50 %	13=76,47%	5=83,33%	3=28,57%	8=80 %

Tabelle 80 - S. 2

Gesamt	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	berufs- tätig	ohne Beruf	15 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre und mehr
<u>Gesamt</u>									
zus. 263=100 %	193=73,38%	70=26,62%	124=47,15%	139=52,85%	146=55,30%	117=44,70%	114=43,55%	59=22,43%	90=34,22%
allg. 240=91,25%	170=70,83%	70=29,17%	114=47,08%	126=52,92%	140=57,92%	100=42,08%	108=45 %	52=21,67%	80=33,33%
Priv. 23= 8,75%	23=100 %	0	10=43,48%	13=56,62%	6=26,09%	17=73,91%	6=26,09%	7=30,43%	10=43,48%

Tabelle 81

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
 SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT
 BEI DEN 75 FRAUEN MIT GESTORBENEN KINDERN

	Gesamt	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre u. mehr	deutsch	Gastarbei- terinnen
<u>ohne Beratung</u>										
zus.	9=12 %	4= 6,45%	5=38,46%	5=13,89%	4=10,26%	6=23,08%	1= 5,56%	2= 6,45%	5= 8,47%	4=25 %
allg.	9=15,25%	4= 8,70%	5=38,46%	5=16,67%	4=13,79%	6=24 %	1= 9,09%	2= 8,70%	5=11,36%	4=26,67%
Priv.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>ungenügend betreut</u>										
zus.	13=17,33%	9=14,52%	4=30,77%	8=22,22%	5=12,82%	7=26,92%	3=16,67%	3= 9,68%	10=16,95%	3=18,75%
allg.	11=18,64%	7=15,22%	4=30,77%	7=23,33%	4=13,79%	7=28 %	2=18,18%	2= 8,70%	8=18,18%	3=20 %
Priv.	2=12,50%	2=12,50%	0	1=16,67%	1=10 %	0	1=14,29%	1=12,50%	2=13,33%	0
<u>genügend betreut</u>										
zus.	44=58,66%	42=67,74%	2=15,38%	19=52,78%	25=64,10%	10=38,46%	13=72,22%	21=67,74%	35=59,32%	9=56,25%
allg.	33=55,93%	31=67,39%	2=15,38%	15=50 %	18=62,07%	9=36 %	8=72,73%	16=69,57%	25=56,82%	8=53,33%
Priv.	11=68,75%	11=68,75%	0	4=66,67%	7=70%	1=100 %	5=71,43%	5=62,50%	10=66,67%	1=100 %

Tabelle 81 - S. 2

	Gesamt	verhei- ratet	ledig	I-para	Multi- para	15 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 Jahre und mehr	deutsch	Gastarbei- terinnen
<u>hier und außerhalb betreut</u>										
zus.	9=12 %	7=11,29%	2=15,38%	4=11,11%	5=12,82%	3=11,54%	1= 5,56%	5=16,13%	9=15,25%	0
allg.	6=10,17%	4= 8,70%	2=15,38%	3=10 %	3=10,34%	3=12 %	0	3=13,04%	6=13,64%	0
Priv.	3=18,75%	3=18,75%	0	1=16,67%	2=20 %	0	1=14,29%	2=25 %	3=20 %	0
<u>Gesamt</u>										
zus.	75=100 %	62=82,67%	13=17,33%	36=48 %	39=52 %	26=34,67%	18=24 %	31=41,33%	59=78,67%	16=21,33%
allg.	59=78,67%	46=74,19%	13=100 %	30=83,33%	29=74,36%	25=96.15%	11=61,11%	23=74,19%	44=74,58%	15=93,75%
Priv.	16=21,33%	16=25,81%	0	6=16,67%	10=25,64%	1= 3,85%	7=38,89%	8=25,81%	15=25,42%	1= 6,25%

Tabelle 82

UMFANG DER BETREUUNG BEI ERST- UND MEHRGEBÄRENDE

	betreut			unbetreut		
	1964-66	1967	1968	1964-66	1967	1968
Erstgebärende	37,60 %	96,80 %	97,90 %	98,80 %	3,20 %	2,10 %
Mehrggebärende	62,40 %	84,40 %	91,00 %	93,50 %	15,60 %	9,00 %

I. Universitätsfrauenklinik München		1963/64	1972	1963/64	1972	
I-parae		93,70 %	97,06 %	6,30 %	2,94 %	
P.L.		3,89 %	3,76 %	21,02 %	20,00 %	
Multiparae		88,86 %	95,43 %	11,14 %	4,58 %	
P.L.		3,45 %	4,31 %	14,54 %	10,26 %	
verh. Frauen		93,41 %	98,03 %	6,59 %	1,97 %	
P.L.		3,52 %	4,02 %	17,01 %	13,79 %	
ledige Frauen		81,66 %	84,79 %	18,34 %	15,21 %	
P.L.		4,29 %	4,10 %	16,08 %	14,29 %	
deutsche Frauen			97,28 %		2,72 %	
P.L.			4,32 %		14,29 %	
Gastarbeiterinnen			93,01 %		6,99 %	
P.L.			3,11 %		13,79 %	

siehe: Fortschritt der Perinat. Med. 1969, S. 7 - 15 (Krone)

Tabelle 83

I. UNIVERSITÄTSFRAUKENKLINIK MÜNCHEN 1972
SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT

	ohne Beratung	1 - 3x hier	mehr als 3x hier	1 - 3x außerhalb	mehr als 3x außerhalb	hier und außerh.	Gesamt
allg. + priv. P.L.	64= 3,76% 9=14,06%	135= 7,94% 4= 2,96 %	862=50,71% 18= 2,09%	100= 5,88% 9= 9,00%	280=16,47% 26= 9,29%	259=15,24% 9= 3,47%	1700 75= 4,41%
allg. P.L.	64= 5,55% 9=14,06%	84= 7,29% 2= 2,38%	479=41,54% 10= 2,09%	98= 8,50% 9= 9,18%	229=19,86% 23=10,04%	199=17,26% 6= 3,02%	1153=67,82% 59= 5,11%
privat P.L.	0 0	51= 9,32% 2= 3,92%	383=70,02% 8= 2,09 %	2= 0,37% 0	51= 9,32% 3= 5,88%	60=10,97% 3= 5,00%	547=32,18% 16= 2,93%
Frühgeburten unter 1000 gr	6=54,55% = 9,38% 6=100 %	2=18,18% = 1,48% 2=100 %	1= 9,09% = 0,12% 0	2=18,18% = 2,00 % 2=100 %	0 0 0	0 0 0	11= 0,65% 10=90,91%
Frühgeburten über 1000 gr	14=10,37% =21,88% 2=14,29%	12= 8,88% = 8,89% 1= 8,33%	36=26,66% = 4,18% 6=16,36%	18=13,33% = 1,80% 5=27,78%	29=21,48% =10,36% 12=41,38%	26=19,26% =10,04% 2= 7,69%	135= 7,94% 28=20,74%
Frühgeburten gesamt	20=13,61% =31,25% 8=40,00%	14= 9,52% =10,39% 3=21,43%	37=25,17% = 4,29% 6=16,22%	20=13,61% =20,00% 5=25,00%	29=19,73% =10,36% 12=41,38%	26=17,69% =10,04% 2= 7,69%	147= 8,59% 38=25,85%

Tabelle 83 - S. 2

	ohne Beratung	1 - 3x hier	mehr als 3x hier	1 - 3x außerhalb	mehr als 3x außerhalb	hier und außerh.	Gesamt
Geburten über 2500 gr	43= 2,81% =67,19%	120= 7,85% =88,89%	819=53,56% =95,01%	80= 5,23% =80,00%	239=15,63% =85,36%	228=14,91% =88,03%	1529=89,94%
	0	0	6= 0,73%	2= 2,50%	2= 0,84%	2= 0,88%	12= 0,78%
intraut. fruchtlos	1= 4 %	1= 4 %	6 = 24 %	0	12 = 48 %	5 =	25 = 1,47%
hier verstorben	0	0	1 = 20 %	0	3 = 60 %	1 = 20 %	5 = 20 %
außerhalb verstorben	1= 5 %	1= 5 %	5 = 25 %	0	9 = 45 %	4 = 20 %	20 = 80 %

Tabelle 84

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
EINFLUSS DER SCHWANGERENBERATUNG AUF DIE PERINATALE LETALITÄT

		ohne Beratung u. außerh.zur Beratung	Beratung in der Poliklinik	Gesamt
1963/64	Anzahl der Kinder	2484 = 45,54 %	2970 = 54,45 %	5454
	P.L.	190 = 7,65 %	73 = 2,46 %	263 = 4,82 %
1972	Anzahl der Kinder	444 = 26,12 %	997 = 58,65 %	1700
	P.L.	44 = 9,91 %	22 = 2,21 %	75 = 4,41 %
1972	deutsche Frauen	309 = 46,09 %	763 = 59,38 %	1285 = 75,59 %
	P.L.	35 = 11,33 %	15 = 1,97 %	59 = 4,59 %
	Gastarbeiterinnen	135 = 32,53 %	234 = 56,39 %	415 = 24,14 %
	P.L.	9 = 6,67 %	7 = 2,99 %	16 = 3,86 %
1972	ledige Frauen	106 = 46,09 %	98 = 42,61 %	230 = 13,53 %
	P.L.	8 = 7,55 %	3 = 3,06 %	13 = 5,65 %
	verh. Frauen	338 = 22,99 %	899 = 61,16 %	1470 = 86,47 %
	P.L.	36 = 10,65 %	19 = 2,11 %	62 = 4,22 %

Tabelle 84 - S. 2

	Anzahl der Kinder	ohne Beratung u. außerh. zur Beratung	Beratung in der Poliklinik	Gesamt
1963-65 Hofbauer	P.L.	1212 = 20,00 % 83 = 6,80 %	5447 = 80,00 % 103 = 1,90 %	6659 186 = 2,80 %
1967-68	Anzahl der Kinder	1085 = 21,40 % 64 = 6,00 %	3991 = 78,60 % 57 = 1,40 %	5076 122 = 2,40 %
	P.L.			
		4x und Poliklinik	1-3x Poliklinik	1-10x Poliklinik
Allgemein-	Deutsch	39,55 %	5,73 %	45,27 %
Patientinnen	Gastarb.	45,27 %	10,20 %	55,47 %

Siehe: Fortschritte der Perinat. Medizin 1971/ 9 - 13 (Hofbauer)

Tabelle 85

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
QUALITÄT DER SCHWANGERENBERATUNGEN

	ausreichend betr.			I. U.F.K. München			ungenügend betr.			I. UFK München			I. UFK München 1972
	1964/66	1967	1968	1972	1964/66	1967	1968	1964/66	1967	1968	1972		
I-Parae	46,30%	64,30%	67,40%	67,73%	50,50%	33,10%	31,50%	14,13%	3,20%	2,60%	1,10%	2,94%	
Multiparae	32,00%	43,90%	51,90%	66,63%	52,50%	41,10%	42,00%	13,51%	15,60%	9,00%	6,50%	4,58%	
ledige Frauen				47,39%				26,09%				15,22%	
verh. Frauen				70,27%				11,90%				1,97%	
deutsche Frauen				69,03%				11,67%				2,72%	
Gastarbeiterinnen				61,45%				20,48%				6,99%	
Gesamt				67,18%				13,82%				3,76%	

Krone, Fortschritte der
Perinatalen Medizin,
1969, S. 11

Tabelle 86

PERINATALE LETALITÄT IN ABHÄNGIGKEIT VON DER
BETREUUNG

Krone, Fortschritte der
Perinatalen Medizin,
1969, S. 11

	ausreichend betr. 1964/66		ungenügend betr. 1964/66		unbetreut 1964/66	
	1967	1968	1967	1968	1967	1968
Kinderzahl	2927	1291	4057	968	164	112
P.L.	2,3 %	2,2 %	2,5 %	4,3 %	6,1 %	4,4 %
2,5 % (324)						
Gesamt	2,2 %		2,6 %		3,5 %	

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972

Gesamt - P.L.	3,85 %	5,53 %	14,06 %
ledige Frauen	1,83 %	6,67 %	14,29 %
verh. Frauen	4,07 %	5,14 %	13,79 %
deutsche Frauen	3,95 %	6,67 %	14,29 %
Gastarbeiterinnen	3,53 %	3,53 %	13,79 %
allgemein	4,66 %	6,04 %	14,06 %
privat	2,53 %	3,77 %	0
Zimmer 1960	3,20 %	5,30 %	6,50 %
Flatters 1958-1960	3,00 %	3,60 %	6,40 %

Tabelle 87

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
EINFLUSS DER SCHWANGERENBERATUNG AUF DIE PERINATALE LETALITÄT
UNTERGEWICHTIGER KINDER 1972 (FRÜHGEBURTEN)

		ohne Beratung u. außerhalb z. Beratung	in der Poliklinik zur Beratung	Gesamt	<u>1963/64</u>
1972	Kinder	69 = 15,54 %	51 = 5,12 %	146 = 8,59 %	609 = 11,17 %
	P.L.	27 = 39,13 %	9 = 17,65 %	38 = 26,02 %	160 = 26,67 %
1972	Kinder allg.	66 = 16,88 %	36 = 6,39 %	126 = 10,93 %	
	P.L.	25 = 37,87 %	6 = 16,67 %	33 = 26,19 %	
1972	Kinder privat	3 = 5,66 %	15 = 3,46 %	20 = 3,66 %	
	P.L.	2 = 66,67 %	3 = 20,00 %	5 = 25,00 %	
1962 -65 Hofbauer	Kinder	386 = 15,20 %	363 = 5,00 %	749 = 7,60 %	
	P.L.				
1967 - 68 Hofbauer	Kinder	157 = 14,56 %	170 = 4,26 %	327 = 6,46 %	
	P.L.	55 = 34,80 %	40 = 23,50 %	95 = 29,05 %	

siehe Abb. 1, S. 9,
Fortschritte der perinatalen Medizin 1971,
Hofbauer

Tabelle 88

Krone, Fortschritte
der Perin.Medizin
1969 S. 12

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
FRÜHGEURTEN UND SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG

	Betreuung ausreichend	Betreuung ungenügend	ohne Beratung	i. d. Poliklinik u. außerh. z. B.	Gesamt
Geburtenzahl 1972	1142=67,18%	235=13,82%	64= 3,76%	259=15,24%	1700
P.L.	44= 3,85%	13= 5,33%	9=14,06%	9= 3,47%	75= 4,41%
Frühgeb. ges. 1972	66= 5,78%	34=14,47%	20=31,25%	26=10,04%	146= 8,59%
P.L.	18=27,27%	10=29,41%	8=40,00%	2= 7,69%	38=26,03%
ledige Frauen ges. 1972	109=47,39%	60=26,09%	35=15,22%	26=11,30%	230=13,53%
P.L.	2= 1,83%	4= 6,67%	5=14,29%	2= 7,69%	13= 5,65%
ledige Frühgeb. 1972	4= 3,67%	14=23,33%	12=34,29%	4=15,38%	34=14,78%
P.L.	2=50,00%	4=28,57%	4=33,33%	2=50,00%	14=41,18%
1960, Zimmer Kinder gesamt	657=32,48%	1056=52,20%	152= 7,51%	(158= 7,81%)	2023
Frühgeburten	39= 5,90%	139=13,30%	27=17,80%	(11= 6,90%) (1960, Hausschwangere)	213=10,48%
Krone, S. 12, Fortschritte der perinatalen Medizin 1969					
Frühgeburtenhäufigkeit 1964 - 1968					
12 895 Schwangere	6,00 %	8,20 %	8,30 %		7,30 %
Flatters 1958 - 1960	5,00 %	6,50 %	10,90 %		

Tabelle 89

I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN 1972
SCHWANGENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT

	ohne Beratung	ungenügend beraten	genügend beraten	1 - 10x i.d. Poliklinik	1 - 10x außerhalb
Gesamt P.L.	35=15, 22% 5=14, 29%	60=26, 09% 4= 6, 67%	109=47, 39% 2= 1, 83%	98=42, 61% 3= 3, 06%	71=30, 87% 3= 4, 23%
Ledige: allgemein P.L.	35=15, 22% 5=14, 29%	59=26, 46% 4= 6, 78%	103=46, 19% 2= 1, 94%	42=41, 25% 3= 3, 26%	70=31, 39% 3= 4, 28%
privat P.L.	0 0	1=14, 29% 0	6=85, 71% 0	6=85, 71% 0	1=14, 29% 0
Gesamt P.L.	29= 1, 97% 4=13, 79%	175=11, 90% 9= 5, 14%	1033=70, 27% 42= 4, 07%	899=61, 16% 19= 2, 11%	309=21, 02% 32=10, 36%
Verh.: allgemein P.L.	29= 3, 12% 4=13, 79%	123=13, 23% 7= 5, 69%	605=65, 05% 31= 5, 12%	471=50, 65% 9= 1, 71%	257=27, 63% 29=11, 28%
privat P.L.	0 0	52= 9, 63% 2= 3, 85%	428=79, 62% 11= 2, 57%	428=79, 62% 10= 2, 12%	52= 9, 63% 3= 5, 78%
Gesamt P.L.	35= 2, 72% 5=14, 29%	150=11, 67% 10= 6, 67%	887=69, 03% 35= 3, 95%	763=59, 38% 15= 1, 97%	274=21, 32% 30=10, 95%
deutsch: allgemein P.L.	35= 2, 72% 5=14, 29%	98=13, 05% 8= 8, 16%	464=61, 78% 25= 5, 39%	340=45, 27% 6= 1, 76%	212=29, 56% 27=12, 16%
privat P.L.	0 0	52= 9, 74% 3= 3, 85%	423=79, 21% 10= 2, 36%	423=79, 21% 9= 2, 12%	52= 9, 74% 3= 5, 76%

Tabelle 89 - S. 2

	ohne Beratung	ungenügend beraten	genügend beraten	1 - 10x i.d. Poliklinik	1 - 10x außerhalb
Gesamt P.L.	26= 6,99% 4=13,79%	85=20,48% 3= 3,53%	255=61,45% 9= 3,53%	234=56,39% 7= 2,99%	106=25,54% 5= 4,72%
Gastar- beit.: P.L.	26= 6,99% 4=13,79%	84=20,90% 3= 3,57%	244=60,70% 8= 3,28%	223=55,47% 6= 2,69%	105=26,12% 5= 4,76%
privat P.L.	0 0	1= 7,69% 0	11=84,62% 1= 9,09%	11=84,62% 1= 9,09%	1= 7,69% 0

Tabelle 90

I. UNIVERSITÄTSFRAUKLINIK MÜNCHEN 1972
SCHWANGERENBERATUNG UND PERINATALE LETALITÄT 1972

	P.L.	Frühgeb. unter 1000 gr	Frühgeb. über 1000 gr	Frühgeb. gesamt	Kinder über 2500 gr	intraut. Frucht- tod	ohne Berat.	ungenü- gend beraten	genü- gend berat.	Anteil an Gesamtzahl der Schwangeren
I-parae										
gesamt	4,24 %	0,59 %	7,66 %	8,24 %	90,11 %	1,65 %	2,94 %	14,13 %	67,73 %	49,94 %
allgemein	5,11 %	0,85 %	9,88 %	10,73 %	87,39 %	1,87 %	2,94 %	15,33 %	63,37 %	50,91 %
privat	0	0	2,67 %	2,67 %	96,18 %	1,15 %	0	11,45 %	77,48 %	47,90 %
Multi-parae										
gesamt	4,58 %	0,70 %	8,23 %	8,93 %	89,78 %	1,29 %	4,58 %	13,51 %	66,63 %	50,06 %
allgemein	5,12 %	0,88 %	10,25 %	11,13 %	87,28 %	1,59 %	4,58 %	16,25 %	59,36 %	49,09 %
privat	3,51 %	0,35 %	4,21 %	4,56 %	94,74 %	0,70 %	0	8,07 %	81,05 %	52,10 %
15 - 25 Jahre										
gesamt	4,24 %	1,14 %	9,46 %	10,60 %	88,58 %	0,82 %	6,04 %	18,27 %	59,22 %	36,06 %
allgemein	4,49 %	1,26 %	10,41 %	11,67 %	87,43 %	0,90 %	6,04 %	19,21 %	57,45 %	48,31 %
privat	1,79 %	0	0	0	100 %	0	0	8,93 %	76,79 %	10,24 %
26 - 30 Jahre										
gesamt	3,53 %	0,20 %	6,27 %	6,47 %	92,35 %	1,18 %	1,76 %	11,96 %	71,18 %	30,00 %
allgemein	4,07 %	0	8,15 %	8,15 %	90,00 %	1,85 %	1,76 %	12,96 %	64,44 %	23,42 %
privat	2,92 %	0,42 %	4,17 %	4,58 %	95,00 %	0,42 %	0	10,83 %	78,75 %	43,88 %

Tabelle 90 - S. 2

P.L.	Frühgeb. unter 100 gr	Frühgeb. über 1000 gr	Frühgeb. gesamt	Kinder über 2500 gr	intraut. Frucht- tod	ohne Berat.	ungenü- gend beraten	genü- gend berat.	Anteil an der Gesamtzahl d. Schwangeren
31 Jahre und mehr									
gesamt	5,41%								
allgemein	7,12 %	0,52 %	8,20 %	89,35 %	2,44 %	3,14 %	10,65 %	72,08 %	33,71 %
privat	3,20 %	0,93 %	11,76 %	85,14 %	3,10 %	3,14 %	12,07 %	65,63 %	28,01 %
		0	3,60 %	94,80 %	1,60 %	0	8,80 %	80,40 %	45,70 %
ledige Frauen									
gesamt	5,65 %	1,74 %	13,04 %	84,78 %	0,43 %	15,22 %	26,09 %	47,39 %	13,53 %
allgemein	5,83 %	1,79 %	13,45 %	84,30 %	0,45 %	15,22 %	26,46 %	46,19 %	19,34 %
privat	0	0	0	100 %	0	0	14,29 %	85,71 %	1,28 %
verh. Frauen									
gesamt	4,22 %	0,48 %	7,14 %	90,75 %	1,63 %	1,97 %	11,90 %	70,27 %	86,47 %
allgemein	4,95 %	0,65 %	9,25 %	88,06 %	2,04 %	3,12 %	13,23 %	65,05 %	80,66 %
privat	2,96 %	0,18 %	3,52 %	95,37 %	0,93 %	0	9,63 %	79,26 %	98,72 %
deutsche Frauen									
gesamt	4,59 %	0,54 %	7,94 %	90,04 %	1,48 %	2,72 %	11,67 %	69,03 %	75,59 %
allgemein	5,86 %	0,80 %	11,19 %	86,15 %	1,86 %	2,72 %	13,05 %	61,78 %	65,13 %
privat	2,81 %	0,19 %	3,37 %	95,51 %	0,94 %	0	9,74 %	79,21 %	97,62 %
Gastarbeiterinnen									
gesamt	3,86 %	0,96 %	7,95 %	89,64 %	1,45 %	6,99 %	20,48 %	61,45 %	24,41 %
allgemein	3,73 %	1,00 %	7,96 %	89,55 %	1,49 %	6,99 %	20,90 %	60,70 %	34,87 %
privat	7,69 %	0	7,96 %	92,51 %	0	0	7,69 %	84,62 %	2,38 %

LITERATURVERZEICHNIS

- 1.) Berg, D. Schwangerschaftsberatung und Peri-
 natologie,
 Thieme-Verlag, Stuttgart, 1976.
- 2.) Berg, D. Habilitationsschrift
- 3.) Berg, D. Deutscher Kongreß für Perinatologie
 1973, Podiumsgespräch.
 Zusammenarbeit zwischen Klinik,
 Klinikambulanz - niedergelassener
 Arzt bei der Schwangerenberatung
- 4.) Berghoff, 2 Jahre Schwangerenvorsorge mit
 Küpper dem Mutterpaß.
 Ä.M. Nr. 14, 8.4.1961, S.777 ff.
- 5.) Bickenbach, Zeitschrift Ärtzl. Fortbildung,
 Martius, G. 54/2, 1965.
- 6.) Bickenbach, W. Wandlungen in der Geburtshilfe,
 137. Sitzung d. Niederrhein-Westf.
 Gesellschaft für Gynäkologie.
 Vortrag.
- 7.) Ballantyne, J.W. British med. Journal 1901, S. 813.
 A Plea for a pre-maternity Hospital.
- 8.) Butler, N.R., Perinatal Problems,
 Albermann Livingstone, Edinburgh, 1963.
- 9.) Butler, Perinatal Mortality,
 Bonham Livingstone, Edinburgh, 1963.
- 10.) Bayer.Stat. Säuglings- und Müttersterblichkeit
 Landesamt in Bayern, Band 1974.
- 11.) Bayer.Stat. Säuglings- und Müttersterblichkeit,
 Landesamt Band 1973,
 Perinatale Letalität 1910 - 1972
 in Bayern.
- 12.) Bolte, Perinatale Mortalität,
 Küpper Arch. Gyn. 213 (1973) 307
- 13.) Christian, W. Säuglings- und Müttersterblichkeit
 in Saling-Dudenhausen,
 Fortschr. d. P.M. 1973, S. 4.
- 14.) Czermak, Stat. Grundlagen der Pädiatrie,
 Hanshuka Päd. Prax. 549 - 553/1973,
 Marseille-Verlag.

- 15.) Das Gesundheits- Band 18
wesen in der BRD Schriftenreihe des Bundesministeri-
ums für Jugend, Wissenschaft und
Forschung.
- 16.) Döderlein, G. Wie weit kann durch ärztliche
Schwangerenvorsorge die Ekklamp-
sie verhütet werden?
Zeitschrift Gynäkologie 65 (1941)
529.
- 17.) Döderlein, G. Ärztliche Schwangerenvorsorge und
ihre gesetzliche Regelung.
Archiv Gynäk. 173 (1942) 175
- 18.) Döring, G.K. Warum muß die ärztliche Schwange-
renberatung bei uns intensiviert
werden?
D.Ä. Nr.31/31.7.1965, S. 1660 ff.
- 19.) Döring, G.K. Perinatale Kindersterblichkeit in
München. Vortrag auf Fortbildungs-
tagen der 1. UFK München 1973.
- 20.) Endl, J., Geburtshilfliche und gynäkologische
Tatra, G. Probleme bei Gastarbeiterinnen
in Husslein-Schaller,
6. Fortbildungskurs d. II. Uni-
Frauenklinik Wien 1974.
- 21.) Engler, Münchner med. Wochenschrift,
Reissenweber 109/1588/1967
- 22.) Ewerbeck, Erfassung und Betreuung von Risi-
Hüter, K.A. kofällen während der Schwanger-
schaft, Geburt und Neugeborenen-
periode.
Thieme Verlag, Stuttgart, 1969.
- 23.) Fischer, Kardiotokographie, S. 1 - 10,
Halberstadt, Thieme Verlag, Stuttgart,
Rüttgers, Fischer-Erfassung und Betreuung
Berg von Risikofällen.
- 24.) Flattes, H. Krit. Untersuchung der Neugebo-
renensterblichkeit in einer Groß-
stadt,
Ä. M. - Deutsches Ärzteblatt,
Nr. 18 (1961), S. 1020 - 1024.
- 25.) Genz, H. Gezielte Bekämpfung der Säuglings-
sterblichkeit in den ersten 7 Lebens-
tagen.
Geb.-Fra. 1964/24. Jahrgg. S.882-889.

- 26.) Genz, H. Perinat. med. Statistik im internationalen Vergleich. in Saling-Dudenhausen, Fortschr. d. perinat. Medizin 1973.
- 27.) Hammacher, K. Intensivüberwachung, Therapie des intrauterin gefährdeten Kindes. Med.Mitteilungen (Melsungen) 45/1971/119.
- 28.) Heinze, R. Umfang der Schwangerenberatung und ihre Bedeutung für mütterliche und kindliche Komplikationen. Inaugural-Dissertation 1959.
- 29.)Hickl, E.J. Überwachung der Risikoschwangerschaft, Gynäkologe, 7, 2 - 3 (1974), Springer-Verlag.
- 30.) Hickl, E.J. Angewandte Perinatologie 1974/S. 14 ff. Riegel Urban- u. Schwarzenberg-Verlag.
- 31.) Holzmann, Höfling, Jonas, Lochmüller, Zander Perinatale Letalität bei Gastarbeiterinnen. Geb.-Fra., 35 (1975), 166 - 172, Thieme - Verlag.
- 32.) Hiersche, v.Prillwitz, Müller-Tietze Schwangerschaft bei jugendlichen Heranwachsenden Geb.-Fra. 35 (1975), 112 - 121, Thieme-Verlag.
- 33.) Hoffbauer Einfluß der Schwangerenberatung auf die Früh- und Mangelgeburtsrate sowie auf die perinatale Letalität. in Saling-Dudenhausen, Fortschritte der perinatalen Medizin 1971.
- 34.) Hüter, K.A. Gegenwärtige Situation der Schwangerenberatung - Vorschläge zu ihrer Verbesserung. in Hüter-Saling, Fortschritte der Perinatalen Medizin 1969/32 ff.
- 35.) Hüter, K.A. Schwangerenvorsorge Routine- und Risikovorsorge. Gynäkologe, Band 3, Heft 2§1970, S. 60 - 69.
- 36.) Hüter, K.A. Geb.-Fra. - 24/380 (1964) Schwangerenvorsorge

- 37.) Huisjes Prophylaktische Hospitalisierung von Schwangeren mit Zwillingen.
in Jung-Klöck
Th-1165a (Partusisten) bei der Behandlung in der Geburtshilfe und Perinatalogie.
- 38.) Huntingford Der sich entwickelnde Plan der Schwangerenbetreuung in Großbritannien und Wales - Ursachen des Perinataltodes.
in Hüter-Saling - Fortschritte der Perinatalen Medizin, 1969/28 ff.
- 39.) Jung, Klöck, Chantraine Th-1165a (Partusisten) bei der Behandlung in der Geburtshilfe und perinatale Behandlung der drohenden Frühgeburt mit Partusisten.
- 40.) Keding, G. Säuglingssterblichkeit, Frühgeburten, Sozialfaktoren.
Münchner Med. Wochenschrift 118/1976 Nr. 4, S. 91 - 94.
- 41.) Krone, H.A. Gegenwärtige Situation der Schwangerenberatung und Vorschläge zu Ihrer Verbesserung.
in Saling-Hüter, Fortschritte der Perinatalen Medizin, 1969, S. 11.
- 42.) Loenne, F. Deutschlands Volksvermehrung und Bevölkerungspolitik vom national-ökonom. und med. Standpunkt aus.
- 43.) Mau, Netter, Knorr Sozio-ökonomische Faktoren in der Schwangerschaft und Auswirkungen auf Perinatale Sterblichkeit und Frühgeburtensterblichkeit.
in Saling-Dudenhausen, Fortschritte der Perinatalen Medizin, 1973.
- 44.) Meister, Stark, G. Bedeutung der Schwangerenvorsorge für die perinatale Mortalität.
D.Ä. 1975, 23, S. 1764 - 66.
- 45.) Hohlwert, Magert Gynäkologisch-geburtshilfliche Betreuung von Gasterbeiterinnen.
D.Ä. - 11 (1974) 788.
- 46.) Maier, W. Zur Frage des internationalen Vergleichs der perinatalen Sterblichkeit.
4. Fortbildungskurs d. 1. UFK München 1973.

- 47.) Maier, W. Der Geburtenrückgang.
Geb.-Fra. 33/Heft 12, 957 - 959
- 48.) Meinrenken, H. Ärztliche Schwangerenberatung
und ihre Beziehung zu frühkind-
lichen Hirnschäden.
in Prophylaxe frühkindlicher
Hirnschäden R. Ebert, F. Kubli,
1966, S. 35-39,
Thieme-Verlag.
- 49.) Melchior, J. Augenblicklicher Stand der ge-
burtshilfl.Überwachung in Frank-
reich,
in Saling-Hüter, Fortschritte der
Perinatalen Medizin, 1969, S. 22 ff.
- 50.) Martius, G. Geburtshilfe in Stichworten,
S. 377, Perinat. Letalität,
Walter de Gruyter, 1972.
- 51.) Martius, G. Geburtshilfe in Stichworten,
Walter de Gruyter 1972,
Schwangerenvorsorge.
- 52.) Münchner
Statistik Monatsbericht Jhrgg. 1975,
Heft 4/April, S. 123 - 125.
- 53.) Nowak, W. Münchner med. Wochenschrift,
111/2381/1969
Schwangerenvorsorge, Risikogra-
vidität siehe Hüter - Schwange-
renvorsorge.
- 54.) Patzrad, M.,
Saling, E. Perinatale Mortalität von Kindern
mit Distress-Hinweisen vor dem
Einsatz neuzeitlicher Überwa-
chungsmethoden.
Deutsche med. Wochenschrift
94 (1969), 1563
- 55.) Pschyrembel,
Dudenhausen Grundriß der Perinatalmedizin
Walter de Gruyter-Verlag 1972,
S. 245 - 247/268
- 56.) Rimbach, E. Schwangerschaft und Geburtshilfe
bei Ausländerinnen.
Arch.Gynäk. 204 (1967) 293
- 57.) Richtlinien des
Bundesausschus-
ses der Ärzte und Krankenkassenüber
die ärztliche Betreuung während
der Schwangerschaft und nach der
Entbindung.
1965/1971/1974.

- 58.) Rooth Situation der Geburtshilfe in Schweden.
in Saling-Hüter, Fortschritte der Perinatalen Medizin, 1969.
- 59.) Saling, E. Prä maturitäts- und Dysmaturitäts-Präventionsprogramm
in Fortschritte der Perinatalen Medizin, 1972, Saling, Dudenhausen.
- 60.) Saling, E. Vorschläge zur Neuordnung der Geburtshilfe,
Geb.-Fra. 27 (1967) 572.
- 61.) Saling, E. Einleitung S. 1 - 3 in
Fortschritte der Perinatalen Medizin 1970 (Saling)
- 62.) Saling, E. Einleitung in Fortschritte der Perinatalen Medizin, Saling -
hüter.
- 63.) Schiffner, K. Gastarbeiterprobleme in Geburtshilfe,
D.A. - 11 (1974) 788.
64. Schmidt, E. Prospektive Einzelfallanalyse in Düsseldorf.
Urban- u. Schwarzenbergverlag München, 1974 (48).
- 65.) Schulze,
Naumburg,
Scholtes Entbindungen bei Gastarbeiterinnen
Med.Klinik 71 (1976) S. 63 - 67,
Nr. 2.
- 66.) Scholtes, G. Prophylaktische Tokolytikagaben bei Zwillingschwangerschaften
in Jung-Klöck-
Th 1165a (Partusisten) bei der Behandlung in der Geburtshilfe und Perinatologie 1973, S. 58.
- 67.) Stark, G.,
Meister, H. Perinatale Sterblichkeit in der Städt. Frauenklinik Nürnberg
1967 - 1971,
in Dudenhausen-Saling, Fortschritte der Perinatalen Medizin 1973.
- 68.) Stark, G. Diagnostik und Therapie der Risikofälle in der Schwangerschaft und unter der Geburt
in 24. Nürnberger Fortbildungskongress 1973.

- 69.) Stoll, P. Schwangerenvorsorge in der Praxis.
J.F. Lehmann's Verlag, München, 1967, S. 118 ff.
- 70.) Stoll, P. Diagnose der Risikogeburt, Dt. Ärzteblatt 67 (1970) 2703.
- 71.) Wagner, K., Art und Häufigkeit von Risikofällen bei Schwangeren mit perinatalen Todesfällen, in Fortschritte der Perinatalen Medizin, 1971, Saling-Dudenhausen.
- 72.) Wolfardt, M. Untersuchungen zum Problem der Risikoschwangerschaft. Zentralblatt Geburtshilfe und Perinatologie 176 (1972) 148.
- 73.) Wulf, H. Perinat. Sterblichkeit aus der Sicht des Geburtshelfers. Klin. Wochenschrift 46 (1968) 215.
- 74.) WHO / JCD 9/75, 4, page 19 - 23, Anne I, Neudefinierung der Perinatalen Letalität und des intrauterinen Fruchttodes.
- 75.) Zander, Zur Säuglingssterblichkeit in München.
Hahnzog Arbeitsbericht eines Sachverständigenausschusses 1975, S. 6, 10, 12.
- 76.) Zimmer, F. Untersuchungen über Art und Umfang der Schwangerenbetreuung. Arch.Gynäk. 195 (1961) 398.

ANHANG

RICHTLINIEN DES BUNDESAUSSCHUSSES DER ÄRZTE UND KRANK- KENKASSEN ÜBER DIE ÄRZTLICHE BETREUUNG WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT UND NACH DER ENTBINDUNG (MUTTERSCHAFTS-RICHTLINIEN) IN DER NEUFASSUNG VOM 16. DEZEMBER 1974.

Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 368 p Abs. 1 in Verbindung mit § 196 der Reichsversicherungsordnung (RVO) bzw. § 23 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG)*) beschlossenen Richtlinien dienen der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßigen, ausreichenden und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung (§ 182 Abs. 2 RVO bzw. § 13 Abs. 2 KVLG und § 368 e RVO)**) der Versicherten und ihrer Angehörigen

*) § 196 RVO und § 23 KVLG. (1) Die Versicherte hat während der Schwangerschaft und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung und auf Hebammenhilfe. Zur ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft gehören insbesondere Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft, Vorsorgeuntersuchungen einschließlich der laborärztlichen Untersuchungen: das Nähere über die Gewähr für ausreichende und zweckmäßige ärztliche Betreuung sowie über die dazu erforderlichen Aufzeichnungen und Bescheinigungen während der Schwangerschaft und nach der Entbindung regelt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen im Rahmen seiner Richtlinien (§ 368 p). (2) Bei der Entbindung wird Hilfe durch eine Hebamme und, falls erforderlich, durch einen Arzt gewährt.

**) § 182 Abs. 2 RVO und § 13 Abs. 2 KVLG. Die Krankenpflege muß ausreichend und zweckmäßig sein; sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. § 368 e RVO. Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist (§ 182 Abs. 2 RVO und § 13 Abs. 2 KVLG). Leistungen, die für die Erziehung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der Kassenarzt und der beteiligte Arzt dürfen sie nicht bewirken oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen. Die Sätze 1 und 2 gelten bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend.

während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Die Kosten trägt die Versicherungsgemeinschaft. Zum Zwecke der sinnvollen Verwendung der Gemeinschaftsmittel sollen die folgenden Richtlinien beachtet werden.

ALLGEMEINES

1. Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden.
2. Zur notwendigen Aufklärung über den Wert dieser Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen Ärzte, Krankenkassen und Hebammen zusammenwirken.
3. Die in der kassenärztlichen Versorgung tätigen Ärzte treffen ihre Maßnahmen der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb des durch Gesetz bestimmten Rahmens. Die Ärzte sollen diese Richtlinien beachten, um den Versicherten und ihren Angehörigen eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßige und ausreichende ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung unter Vermeidung entbehrlicher Kosten zukommen zu lassen.
4. Die in der kassenärztlichen Versorgung tätigen Ärzte haben darauf hinzuwirken, daß für sie tätig werdende Vertreter diese Richtlinien kennen und beachten.
5. Es sollen nur Maßnahmen angewendet werden, deren diagnostischer und vorbeugender Wert ausreichend gesichert ist; eine Erprobung auf Kosten der Versicherungsgemeinschaft ist unzulässig.
6. Ärztliche Betreuung im Sinne der §§ 196 RVO und 23 KVLG sind solche Maßnahmen, welche der Überwachung

des Gesundheitszustandes der Schwangeren bzw. Wöchnerinnen dienen, soweit sie nicht ärztliche Behandlung im Sinne der §§ 182 RVO und 13 KVLG darstellen. Im einzelnen gehören zu der Betreuung:

- a) Untersuchungen zum Zwecke der Feststellung der Schwangerschaft sowie Untersuchungen und Beratungen während der Schwangerschaft (s.Abschnitt A)
- b) Frühzeitige Erkennung und besondere Überwachung von Risikoschwangerschaften - amnioskopische und kardiotokographische Untersuchungen, Ultraschalldiagnostik, Fruchtwasseruntersuchungen usw. (s.Abschnitt B)
- c) Serologische Untersuchungen auf Infektionen wie Lues, Röteln sowie bei begründetem Verdacht auf Toxoplasmose oder andere latente Infektionen und blutgruppenserologische Untersuchungen während der Schwangerschaft (s.Abschnitt C)
- d) Blutgruppenserologische Untersuchungen nach Geburt oder Fehlgeburt und Anti-D-Immunglobulin-Prophylaxe (s.Abschnitt D)
- e) Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerinnen (s.Abschnitt F)
- f) Medikamentöse Maßnahmen und Verordnung von Verband- und Heilmitteln (s.Abschnitt G)
- g) Aufzeichnungen und Bescheinigungen (s.Abschnitt H).

A.

FESTSTELLUNG DER SCHWANGERSCHAFT, UNTERSUCHUNGEN
UND BERATUNGEN SOWIE SONSTIGE MASSNAHMEN WÄHREND
DER SCHWANGERSCHAFT

1. Die Feststellung der Schwangerschaft soll in der Regel durch die bimanuelle Untersuchung erfolgen. Ein immunochemischer Schwangerschaftsnachweis soll nur bei medizinischer Indikation durchgeführt werden. Nach Feststellung der Schwangerschaft soll die Schwangere in ausreichendem Maße ärztlich untersucht und beraten werden.

2. Die erste Untersuchung nach Feststellung der Schwangerschaft sollte möglichst frühzeitig erfolgen. Sie umfaßt:

- a) die Familienanamnese,
die Eigenanamnese,
die Schwangerschaftsanamnese,
die Arbeits- und Sozialanamnese;
- b) die Allgemeinuntersuchung,
die gynäkologische Untersuchung
und weitere diagnostische Maßnahmen:

Blutdruckmessung,
Feststellung des Körpergewichts,
Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker und Sediment, ggf. bakteriologische Untersuchungen (z.B. bei auffälliger Anamnese, Blutdruckerhöhung, Sedimentbefund).

Hämoglobinbestimmung und – je nach dem Ergebnis dieser Bestimmung bei weniger als 11,2 g pro 100 ml = 70 Prozent Hb) – Zählung der Erythrozyten.

3. Die nachfolgenden Untersuchungen sollen – unabhängig von der Behandlung von Beschwerden und Krankheitserscheinungen – im allgemeinen im Abstand von vier Wochen stattfinden und umfassen:

Gewichtskontrolle,
Blutdruckmessung,
Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker und Sediment, ggf. bakteriologische Untersuchungen (z.B. bei auffälliger Anamnese, Blutdruckerhöhung,

Sedimentbefund).

Hämoglobinbestimmung - im Regelfall ab sechstem Monat, falls bei Erstuntersuchung normal -; je nach dem Ergebnis dieser Bestimmung (bei weniger als 11,2 g je 100 ml = 70 Prozent HB) Zählung der Erythrozyten.

Kontrolle des Standes der Gebärmutter.

Kontrolle der kindlichen Herzaktionen,

Feststellung der Lage des Kindes.

In den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten sind im allgemeinen je zwei Untersuchungen angezeigt.

4) Untersuchungen nach Nr. 3 können aufgrund einer ärztlichen Anordnung im Einzelfall auch von einer Hebamme im Umfang ihrer beruflichen Befugnisse (Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne sowie allgemeine Beratung der Schwangeren) durchgeführt und im Mutterpaß dokumentiert werden. Eine derartige Anordnung sollte der Arzt nur treffen, sofern für diese Aufgabe eine Hebamme zur Verfügung steht und aus medizinischer Sicht keine Bedenken gegen eine solche Beauftragung der Hebamme bestehen. Die Delegation der Untersuchung an die Hebamme entbindet den Arzt nicht von der Verpflichtung zur Untersuchung des Urinsediments.

5. Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge muß die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten sein.

B.

ERKENNUNG UND BESONDERE ÜBERWACHUNG DER RISIKOSCHWANGERSCHAFTEN UND RISIKOGEBURTEN

1. Risikoschwangerschaften sind Schwangerschaften, bei denen aufgrund der Vorgeschichte oder erhobenen Befunde mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind zu rechnen ist. Dazu zählen insbesondere:

I. NACH ANAMNESE

- a) Schwere Allgemeinerkrankungen der Mutter (Niere, Leber, erhebliche Adipositas usw.)
- b) Zustand nach Sterilitätsbehandlung, wiederholten Aborten oder Frühgeburten
- c) Totgeborenes oder geschädigtes Kind
- d) Vorausgegangene Entbindungen von Kindern über 4000 g Gewicht, hypotrophen Kindern (small for date babies), Mehrlingen
- e) Zustand nach Uterusoperationen (z.B. Sectio, Myom, Fehlbildung)
- f) Komplikationen bei vorangegangenen Entbindungen (z.B. Placenta praevia, vorzeitige Lösung der Plazenta, Rißverletzungen, Atonie oder sonstige Nachgeburtsblutungen, Gerinnungsstörungen, Krämpfe, Thromboembolie)
- g) Erstgebärende unter 16 Jahren oder über 34 Jahren,
- h) Mehrgebärende über 40 Jahren, Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) (Gefahr: Genetische Defekte, sog. Plazentainsuffizienz, geburtsmechanische Komplikationen).

II. NACH BEFUND (jetzige Schwangerschaft)

- a) EPH-Gestose (d.h. Blutdruck 140/90 oder mehr, Eiweißausscheidung 1 %o bzw. 1 g/24 Std. oder mehr, Ödeme oder Gewichtszunahme von mehr als 500 g je Woche im letzten Trimenon); Pyelonephritis (Keimzahlen über 100000 im Mittelstrahlurin)
- b) Diabetes mellitus
- c) Blutungen in der Schwangerschaft
- d) Blutgruppen - Inkompatibilität (Früherkennung und Prophylaxe des Morbus haemolyticus fetalis bzw. neonatorum).
- e) Mißverhältnis zwischen Uterus- bzw. Kindsgröße und Schwangerschaftsdauer (z.B. fraglicher Geburtstermin, retardiertes Wachstum, Riesenkind, Gemini, Molenbildung, Hydramnion, Myom)

- f) Drohende Frühgeburt (vorzeitige Wehen, Zervixinsuffizienz)
- g) Mehrlinge; pathologische Kindslagen
- h) Überschreitung des Geburtstermins bzw. Unklarheit über den Termin.

2. Risikoschwangerschaften werden zu Risikogeburten. Weiter ist bei folgenden Befunden mit einem erhöhten Risiko unter der Geburt zu rechnen:

- a) Frühgeburt
- b) Placenta praevia, vorzeitige Plazentalösung
- c) Jede Art von Mißverhältnis Kind/Geburtswege.

3. Bei Risikoschwangerschaften können häufigere als vierwöchentliche Untersuchungen (bis zur 32. Woche) bzw. häufigere als zweiwöchentliche Untersuchungen (in den letzten acht Schwangerschaftswochen) angezeigt sein.

4. Bei Risikoschwangerschaften können neben den üblichen Untersuchungen noch folgende in Frage kommen:

- a) Ultraschalluntersuchungen mit Sichtgeräten
- b) Kardiotokographische Untersuchungen
- c) Amnioskopien
- d) Fruchtwasseruntersuchungen nach Gewinnung des Fruchtwassers durch Amniozentese
- e) Hormonanalysen bei Verdacht auf Plazentainsuffizienz (z.B. Östrogenbestimmungen im Urin oder Plasma).

5. Von der Erkennung eines Risikomerkmals ab soll ein Arzt die Betreuung einer Schwangeren nur dann weiterführen, wenn er die Untersuchungen nach Nr.4a) bis d) erbringen oder veranlassen und die sich daraus ergebenden Maßnahmen durchführen kann. Andernfalls soll er die Schwangere einem Arzt überweisen, der über solche Möglichkeiten verfügt.

6. Der betreuende Arzt soll die Schwangere bei der

Wahl der Entbindungsklinik unter dem Gesichtspunkt beraten, daß die Klinik über die nötigen personellen und apparativen Möglichkeiten zur Betreuung von Risikogeburten und/oder Risikokindern verfügt. Er soll die Risikoschwangere rechtzeitig, spätestens vier Wochen vor der zu erwartenden Geburt in der Entbindungsklinik vorstellen, damit diese die erhobenen Befunde so früh wie möglich vorliegen hat.

C.

SEROLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN UND MASSNAHMEN
WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT

1. Bei jeder Schwangeren sollte in einem möglichst frühen Zeitpunkt aus einer Blutprobe

a) der Cardiolipin-Mikroflockungstest als Lues-Suchreaktion (LSR)

b) der Röteln-Hämagglutinationshemmungstest (Röteln-HAH)

c) die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors D (Bl-Rh)

d) ein Antikörper-Suchtest (AK)
durchgeführt werden.

Zu a): ist die Lues-Suchreaktion positiv, so sollen aus derselben Blutprobe die üblichen serologischen Untersuchungen auf Lues durchgeführt werden.

Zu b): Der Röteln-HAH soll bei jeder Schwangeren durchgeführt werden, sofern ein Befund, der auf Immunität schließen läßt, nicht vorliegt (Röteln-HAH-Titer mindestens 1 : 16).

Ein Schutz gegen eine Röteln-Embryopathie ist gegeben, wenn der HAH-Titer mindestens 1 : 16 ergibt; weitere Maßnahmen sind dann nicht erforderlich.

Wird bei ungeschützten Schwangeren Rötelnkontakt nachgewiesen oder vermutet, so sollte zur Vermeidung einer Rötelnembryopathie der Schwangeren unverzüglich Gamma-globulin injiziert werden. Die Behandlung mit Gamma-globulin ist aber nur sinnvoll bis zu sieben Tagen nach

der Exposition. Eine Impfung gegen Röteln ist während der Schwangerschaft kontraindiziert.

Zu c): Ergibt sich die Blutgruppe O, so soll bei der im Rahmen der ABO-Bestimmung notwendigen Kontrolle der Serumeigenschaften auf Hämolysine geachtet werden. Der einsendende Arzt soll auf einen positiven Hämolysinfund schriftlich aufmerksam gemacht werden. Weitere Untersuchungen zur Erkennung der ABO-Unverträglichkeit (Anamnese, frühere AK-Befunde).

Ist bei Rh-(D-)negativen Blutproben das Merkmal C und/oder E vorhanden (positive Reaktion mit dem als zweitem Anti-D-Serum mitzuführenden Testserum Anti-CDE), so muß auf D^u untersucht werden. Wird D^u nachgewiesen, so ist dieser Befund durch Feststellung des gesamten Rh-Untergruppenbildes zu sichern.

Die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors entfällt, wenn entsprechende Untersuchungsergebnisse bereits vorliegen und von einem Arzt bescheinigt wurden.

Zu d): Der Antikörpersuchtest wird mittels des indirekten Antiglobulintests gegen zwei Testblutmuster mit den Antigenen D, C, c, E, e, Kell, Fy und S durchgeführt. Bei Nachweis von Antikörpern sollen möglichst aus derselben Blutprobe deren Spezifität und Titerhöhe bestimmt werden.

Gegebenenfalls muß in solchen Fällen auch das Blut des Kindesvaters und die Bestimmung weiterer Blutgruppen-Antigene der Mutter in die Untersuchung einbezogen werden. Eine schriftliche Erläuterung der Befunde an den überweisenden Arzt kann sich dabei als notwendig erweisen.

2. Ein weiterer Antikörper-Suchtest soll im 7. bis 8. Schwangerschaftsmonat (25. - 32. Schwangerschaftswoche) erfolgen. Bei positivem Antikörpersuchtest ist wie zu 1. d) zu verfahren.

D.

BLUTGRUPPENSEROLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN NACH GEBURT
ODER FEHLGEBURT UND ANTI-D-IMMUNGLOBULIN-PROPHYLAXE

1. Bei jedem Kind einer Rh-negativen Mutter ist unmittelbar nach der Geburt der Rh-Faktor D unter Beachtung der Ergebnisse des direkten Coombstestes zu bestimmen. Ist dieser Rh-Faktor positiv, so ist aus derselben Blutprobe auch die Blutgruppe des Kindes zu bestimmen. Ist das Neugeborene Rh-positiv und sind bei der Rh-negativen Mutter keine oder erst am Tage der Geburt schwache Antikörper gefunden worden, so soll der Wöchnerin innerhalb von 72 Stunden post partum Anti-D-Immunglobulin injiziert werden, um einen schnellen Abbau der insbesondere während der Geburt in den mütterlichen Kreislauf übergetretenen fetalen Rh-positiven Erythrozyten zu bewirken und die Bildung von Antikörpern zu verhindern.

2. Rh-negativen Frauen mit Fehlgeburt bzw. Schwangerschaftsabbruch sollte ebenfalls innerhalb von 72 Stunden Anti-D-Immunglobulin injiziert werden. Entsprechende blutgruppenserologische Untersuchungen sind erforderlichenfalls durchzuführen.

E.

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE DURCHFÜHRUNG SEROLOGISCHER
UNTERSUCHUNGEN

Die serologischen Untersuchungen nach den Abschnitten C und D sollen nur von solchen Ärzten durchgeführt werden, die über die entsprechenden Kenntnisse und Einrichtungen verfügen. Dieselben Voraussetzungen gelten für Untersuchungen in Instituten.

F.

UNTERSUCHUNGEN UND BERATUNGEN DER WÖCHNERIN

1. Eine Untersuchung soll innerhalb der ersten Woche

nach der Entbindung vorgenommen werden. Dabei soll das Hämoglobin bestimmt werden.

2. Eine weitere Untersuchung soll etwa sechs Wochen, spätestens jedoch acht Wochen nach der Entbindung durchgeführt werden.

Die Untersuchung umfaßt:

Allgemeinuntersuchung,

Feststellung des gynäkologischen Befundes,

Blutdruckmessung,

Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker und Sediment, ggf. bakteriologische Untersuchungen (z.B. bei auffälliger Anamnese, Blutdruckerhöhung, Sedimentbefund)

sowie Beratung der Mutter.

G.

MEDIKAMENTÖSE MASSNAHMEN UND VERORDNUNG VON VERBAND- UND HEILMITTELN

Medikamentöse Maßnahmen sowie die Verordnung von Verband- und Heilmitteln sind im Rahmen der Mutterchaftsvorsorge nur zulässig zur Behandlung von Beschwerden, die schwangerschaftsbedingt sind, aber noch keinen Krankheitswert haben. Vorbeugende medikamentöse Maßnahmen sind nur dann angezeigt, wenn sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Einzelfall notwendig sind, um ernstliche Gefahren von Mutter und Kind abzuwenden.

H.

AUFZEICHNUNGEN UND BESCHEINIGUNGEN

1. Nach Feststellung der Schwangerschaft stellt der Arzt der Schwangeren einen Mutterpaß aus, sofern sie nicht bereits einen Paß dieses Musters besitzt.
- 2.) Das Ergebnis der Untersuchungen im Rahmen der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung trägt der die Betreuung durchführende

Arzt in den Mutterpaß ein. Das Ergebnis der blutgruppenserologischen Untersuchungen und ggf. des Röteln-HAH-Tests wird von dem diese Untersuchungen durchführenden Arzt (Serologen) in den Mutterpaß eingetragen und unterzeichnet. Dafür ist der Mutterpaß der Blutprobe beizulegen.

3. Die Befunde der ärztlichen Betreuung und der blutgruppenserologischen Untersuchungen hält der Arzt für seine Patientenkartei fest und stellt sie bei evtl. Arztwechsel dem anderen Arzt auf dessen Anforderung zur Verfügung, sofern die Schwangere dem zustimmt.

4. Blutgruppenbefunde werden, wenn im Mutterpaß kein Raum für Eintragungen mehr zur Verfügung steht, bei einer weiteren Schwangerschaft in den neuen Mutterpaß übertragen. Die Richtigkeit der Übertragung ist ärztlich zu bescheinigen.

I.

INKRAFTTRETEN

Die Richtlinien treten am 1. April 1975 in Kraft.

Köln, den 16. Dezember 1974

Bundesausschuß der Ärzte
und Krankenkassen

Der Vorsitzende

gez. Dr. Donnerhack

Ich danke Herrn Prof. Dr. Zander und vor
allem Herrn Priv. Doz. Hanns Lochmüller
für die Anregung zur Arbeit und die wert-
volle Unterstützung.

Der Firma Heilmann & Littmann danke ich für
die Durchführung der elektronischen Daten-
verarbeitung.

LEBENS LAUF

Am 27.2.1938 wurde ich als Sohn des Steuerinspektors Ernst Kunze und seiner Ehefrau Carola, geb. Chudziak in Altena/Westf. geboren.

Von 1945 - 1949 besuchte ich dort die Volksschule und von 1949 - 1958 das dortige neusprachliche Gymnasium, an dem ich im Mai 1958 das Abitur bestand.

Im Sommersemester 1958 begann ich das Medizin-Studium an der Universität München, bestand dort im April 1959 das Vorphysikum und im Oktober 1960 das Physikum. Nach einem Sommersemester in Wien setzte ich mein klinisches Studium in München fort, das ich im Oktober 1964 mit dem medizinischen Staatsexamen beendete.

Am 26.3.1965 heiratete ich Fräulein Christa Feuerriegel.

Meine Medizinalassistentenzeit leistete ich vom 1.12.1964 bis 30.9.1965 auf der Internen Abteilung des Kreiskrankenhauses Naila, vom 1.10.1965 bis 30.6.1966 auf der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Naila und vom 1.9.1966 bis 31.1.1967 auf der Gynäkologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Münchberg ab.

Anschließend arbeitete ich als Assistenzarzt vom 1.2.1967 bis 31.7.1967 auf der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Münchberg und vom 1.8.1967 bis 31.12.1970 auf der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung des Kreiskrankenhauses Münchberg, wo ich meine Facharzt-Weiterbildung als Frauenarzt begann.

Vom 1.1.1971 bis 31.12.1972 setzte ich meine Facharzt-Weiterbildung auf der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung des Städtischen Marienkrankenhauses Amberg fort. Am 31.12.1972 erhielt ich meine Anerkennung als Facharzt für Frauenheilkunde. Vom 1.1.1973 bis zum 31.8.1973 arbeitete ich weiterhin auf der gleichen Abteilung als Assistenzarzt.

Am 1.9.1973 wurde ich zum Oberarzt der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung des Städtischen Marienkrankenhauses Amberg unter Prof. Dr. Dietrich Berg ernannt.

difo-druck · 8600 bamberg
untere königstraße 30